

TI_GERICHTE 32.2010.47 vom 26. Januar 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-01-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.47

FR: TI_GERICHTE 32.2010.47 du 26 janvier 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.47 del 26 gennaio 2010

Regeste

Viste le risultanze mediche ed economiche, va riconosciuto il diritto ad una rendita intera limitata nel tempo

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343. consid. 3.5 pag. 349-352). Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_886/2009 del 13 aprile 2010 consid. 2.2 che rinvia alla DTF 121 V 264 consid. 6b/dd pag. 275 con riferimenti). 2.7. Nell'evenienza concreta dagli atti di causa risulta che, a seguito del decreto di stralcio 20 aprile 2009 con il quale il vicepresidente del TCA ha omologato la transazione intervenuta tra le parti e rinviato gli atti all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici e resa di una nuova decisione (doc. AI 95/1-2), l'amministrazione ha ordinato una perizia a cura del Centro Peritale delle Assicurazioni Sociali (CPAS) (doc. AI 98/1-2). Nella perizia 4 giugno 2009 (doc. AI 100/1-10) il dr. _____, direttore del CPAS e FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, i dati soggettivi e quelli oggettivi, non ha posto alcuna diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa e, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, quella di "(...) F61.0: disturbo di personalità misto, con tratti dipendenti

ed immaturi (...)” (doc. AI 100/7). Il dr. _____, ha sviluppato la seguente discussione: " (...) Questo Assicurato non presenta alcuna malattia psichiatrica attuale, tale da giustificare una qualsivoglia inabilità lavorativa. La valutazione fatta nel 2003 dalla Dr.ssa _____, psichiatra, per _____ evidenziava una reazione depressiva prolungata legata al problema con la moglie. Nella valutazione della psichiatra Dr.ssa _____ del dicembre 2005, si poneva ancora una diagnosi di depressione grave, senza sintomi psicotici. Alcuni elementi di discrepanza rispetto alla certificazione del gennaio 2005, prodotta dallo psichiatra curante, facevano supporre un quadro clinico non ancora stabilizzato, ma evolvente verso uno stato di cronicità. Anche all'epoca si ribadiva che l'A. non aveva seguito una farmacoterapia in maniera costante. Nonostante il quadro depressivo, egli veniva reputato abile al 100% per attività esecutive, preferibilmente a basso rendimento, che non implicassero particolari sforzi fisici. In entrambi gli elaborati peritali citati, si faceva riferimento anche ad un disturbo di personalità con tratti immaturi e dipendenti. La diagnosi formulata dallo psichiatra curante di disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo impulsivo, non trova invece alcuna conferma anamnestica e neppure clinica attuale. Il disturbo di personalità presentato rappresenta un fattore di vulnerabilità per scompensi psichiatrici maggiori, ma non ha mai precluso, di per sé stesso, la capacità lavorativa di questo soggetto. Una certa tendenza a vedere i rapporti sociali in modo eccessivamente rigido ed un atteggiamento di evidente dipendenza verso i famigliari, possono spiegare la difficoltà che l'A. ha avuto nell'interazione con gli altri, come anche il notevole attaccamento verso la madre, che rappresenta attualmente il centro della sua vita di relazione. Se lo stile di vita attuale può essere interpretato come conseguenza del disturbo della personalità, non si può tuttavia ritenere che esso produca un'incapacità lavorativa in termini medico-teorici. Per quanto concerne il problema depressivo valgono invece delle considerazioni distinte. In primo luogo non ho degli elementi di certezza per pronunciarmi sulla modalità di evoluzione della sintomatologia depressiva nel corso degli anni precedenti ed il mio ragionamento si basa allora su ipotesi soltanto verosimili. Posso ritenere verosimile una reazione da disadattamento, con componente depressiva, nel 2003. Posso ritenere corretto anche che i sintomi depressivi si siano prolungati fino alla fine del 2005. Infatti i motivi di stress che hanno causato il primo crollo psichico si sono protratti per lungo tempo, con un estenuante iter legale e l'allontanamento del figlio, che è stato disconosciuto. Alle problematiche famigliari dell'epoca si sono inoltre sommati dei disturbi fisici di vecchia data, che hanno proiettato l'A. in uno stato di sconforto e di arrendevolezza. Detto questo, non posso condividere le diagnosi di sindrome depressiva citate tanto dalla Dr.ssa _____ quanto dallo psichiatra curante. Tale diagnosi presupporrebbe un andamento ricorrente ed un'importante componente “endogena” nella genesi della malattia. In questa situazione siamo invece confrontati con un quadro completamente reattivo che, esordito nel 2003 e si è protratto per la persistenza di conflitti coniugali irrisolti. Faccio inoltre notare che, già a partire dal 2004, la depressione non sembrava più grave e le prove a disposizione tendono effettivamente tutte a ridimensionarne la gravità. L'A. infatti ha interrotto allora la presa a carico psichiatrica, ritenendola inutile. Ha rifiutato qualsiasi farmaco antidepressivo e non si è mai più rivolto ad uno specialista. Inoltre non vi sono stati mai ricoveri in ambiente psichiatrico o gravi comportamenti di tipo depressivo. Lo stile di vita ritirato e passivo è interamente spiegabile come una risposta disadattiva di fronte ad un evento di vita stressante. Essa è inquadrabile e prevedibile nell'ambito del disturbo di personalità descritto e non necessita la formulazione di una diagnosi separata di depressione. Infine si tenga presente che nell'attualità l'A. non mostra alcun sintomo

depressivo, e questo nonostante egli non abbia mai fatto alcuna cura. Per tutte queste ragioni, ho qualche perplessità che una depressione maggiore fosse presente ancora nel 2005. Se così fosse stato, essa comunque non era tale da precludere le attività lavorative adeguate, con le caratteristiche descritte in perizia dalla Dr.ssa _____. Per quanto concerne l'attualità, l'A. descrive una certa riduzione delle frequentazioni sociali e delle prospettive lavorative per il proprio futuro. Egli ha un atteggiamento rinunciatario e passivo, in parte legato alla consapevolezza che, alla sua età, non è facile reinserirsi nel circuito lavorativo. Inoltre si ancora con tenacia ai propri disturbi fisici, portandoli come un ostacolo insormontabile in qualsiasi attività. Un simile atteggiamento è molto difficile da scalfire, ma rimane pur sempre un aspetto della personalità, che non preclude la capacità di riattivarsi, di ridurre il danno alla salute, di collaborare con percorsi reintegrativi. Il fatto che, di fronte alle difficoltà di vita, l'A. abbia scelto di ritirarsi, di evitare gli stress, di ridurre le frequentazioni, non configura comunque una patologia, quanto piuttosto un'inclinazione personale presente da anni, che contiene molti elementi discrezionali e che va a toccare degli aspetti di motivazione generale. Per questa ragione, quando l'A. mi dice che non ha mai sostenuto regolarmente una terapia psichiatrica, non ritenendola necessaria, posso condividere questa sua opinione, a patto che poi egli non adduca dei fantomatici sintomi psichici per giustificare un'ipotetica inabilità lavorativa. Il fatto che egli abbia delle difficoltà nell'interazione con gli altri non significa che le relazioni personali siano precluse oppure impossibili (alcune sono conservate). Il fatto che nei posti di lavoro egli abbia difficoltà ad accettare i comportamenti ritenuti scorretti degli altri, non significa che egli non possa sopportare un contesto occupazionale. Il fatto che si sia sentito umiliato dalla proposta di integrazione fatta dall'AI, non significa che egli non possa rivedere criticamente questo suo atteggiamento un po' troppo estremo e ritornare saggiamente sui suoi passi. L'esame di realtà di questa persona è integro. L'A. è in grado di sentire e cercare ciò che lo fa star bene, anche quando dice che preferisce limitarsi alla frequentazioni delle poche persone sopra elencate. L'A. è in grado di esprimere le proprie preferenze e di assumere comportamenti congrui con esse. Non ci sono limiti alla possibilità di collaborare con una cura o in un percorso integrativo. L'unico "limite" potrebbe stare in una scarsa motivazione della persona. L'Assicurazione tuttavia non dovrebbe accettare un simile atteggiamento rinunciatario e può pretendere ragionevolmente un maggior impegno da parte di questo soggetto. L'ansietà che l'A. descrive nei "sintomi soggettivi" in parte non è per nulla attendibile e contiene delle esagerazioni palesi. La scarsa attendibilità generale di alcune affermazioni del signore è confermata anche dalle molte discrepanze tra l'anamnesi raccontata dal paziente e quanto è stato ricostruito attraverso gli atti, soprattutto riguardo alle mansioni che egli ha occupato ed ai motivi di alcuni licenziamenti. L'ansia attuale è in gran parte riconducibile agli evitamenti delle situazioni stressanti che l'A. mette in atto. Qualora egli riprendesse ad esporsi alle situazioni che gli generano ansietà, in quel caso l'ansietà stessa troverebbe una progressiva risoluzione. Qualora l'A. non riuscisse a risolvere autonomamente il problema dell'esposizione alle situazioni ansiogene, sarebbe comunque esigibile che egli si facesse aiutare con la cura presso personale medico qualificato. (...)" (doc. AI 100/7-9) e, circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione, si è così espresso: " (...) B. CONSEQUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO 1. Descrizione di risorse e deficit Non vedo limiti attuali, per ragioni psichiatriche, in nessun lavoro. 2. Capacità di lavoro nell'attività attuale o da ultimo svolta Capacità lavorativa piena anche per l'ultima attività svolta e nel campo alberghiero o a contatto con la gente. 3. Periodi di inabilità lavorativa accertabili Si ammette come

verosimile un'inabilità lavorativa al 100% per qualsiasi attività fino al momento della perizia della Dr.ssa _____, per una reazione depressiva prolungata. Tuttavia la discontinuità delle cure non é accettabile. L'A era in grado di capire la necessità di curarsi per ridurre l'impatto sulla salute della depressione. Dinamiche legate a vantaggi secondari hanno fatto si che egli fosse molto discontinuo ed interrompesse le cure. Pertanto la collaborazione per ridurre il danno é stata, a mio avviso, del tutto insufficiente. Per quanto riguarda la perizia della Dr.ssa _____, penso che ella abbia sopravvalutato l'entità di una reale depressione. Credo che abbia interpretato come sintomi depressivi quelli che invece erano atteggiamenti passivi e deresponsabilizzanti legati al disturbo della personalità. Ad ogni buon conto, in maniera del tutto abbondanziale, voglio comunque riconoscere un limite nei medesimi termini indicati dalla collega, fino al momento della mia perizia. Ribadisco che però l'A era sicuramente idoneo ad attività analoghe a quella proposta presso euromoda. Il rifiuto a continuare l'accertamento lavorativo é inaccettabile sotto il profilo strettamente psichiatrico. Non entro nel merito del problema di emicrania che non mi compete. Dal momento dell'attuale perizia in avanti é abile al 100% per qualsiasi attività, senza alcuna limitazione per ragioni psichiatriche. C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' D'INTEGRAZIONE 1. Indicazioni mediche per interventi di Integrazione Nessuna controindicazione psichiatrica, a patto che mostri buona volontà e motivazione. 2. Possibilità di migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale Nessun posto di lavoro attuale 3. Capacità di lavoro per altre attività Abile al 100%. (...)" (doc. AI 100/9-10) Dagli atti risultano ancora le seguenti evenienze: - il dr. _____, FMH in medicina interna, nel questionario 7 maggio 2003 all'intenzione della _____ (doc. 1/8-9 dell'incarto cassa malati), ha attestato un'incapacità totale al lavoro dal 10 febbraio 2003 a data da determinare; - visto che il dr. _____ – a differenza del rapporto medico 23 marzo 2004 (doc. AI 10/1-3) dove, quale diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, aveva posto solo la diagnosi di "(...) grave stato depressivo ansioso, da marzo 2003 (...)" (doc. AI 10/1) –, nel rapporto medico 15 novembre 2006 (doc. AI 43/1-3), ha aggiunto, quale ulteriore diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, la "(...) sindrome spondilogenica con alterazioni statiche degenerative (...)" (doc. AI 43/1) e proposto una visita peritale reumatologica, l'Ufficio AI ha ordinato una valutazione reumatologica a cura del dr. _____, medico SMR (doc. AI 44/1); - nel rapporto medico 24 maggio 2007 (doc. AI 55/1-3), dopo l'esame medico del giorno precedente, il dr. _____ – posta la diagnosi di "(...) sindrome lombospondilogenica con alterazioni statiche degenerative (...)" e ritenuti i seguenti limiti funzionali: "(...) può mantenere la posizione statica seduta o in piedi per massimo 30 minuti. Può sollevare fino a 15 kg. Può sollevare solo saltuariamente da 15 a 25 kg. Non può sollevare pesi superiori ai 25 kg. Deve evitare movimenti ripetitivi di flessione, estensione e torsione del rachide. Limitazioni nel salire e scendere le scale. Evitare situazioni di precario equilibrio. Evitare di deambulare su terreni sconnessi (...)" (doc. AI 55/1) – ha espresso la seguente valutazione: "(...) assicurato di 47 anni in buone condizioni generali. L'assicurato presenta incapacità lavorativa del 100% dal 2003 per uno stato depressivo ansioso di tipo reattivo. Dal punto di vista reumatologico l'assicurato lamenta dall'età di 17 anni una lombalgia cronica con riacutizzazioni rare nel tempo e medeste nell'intensità. Riferisce sintomatologia dolorosa al rachide lombare di scarsa entità ma costante nel tempo. Risulta ben conservata la mobilità complessiva dell'assicurato. Riesce a mantenere la posizione seduta per 30 minuti durante la raccolta anamnestica. Trascorso tale periodo inizia a lamentare la riacutizzazione della lombalgia. I cambi posturali avvengono senza difficoltà. Risulta possibile ma rigida la

mobilizzazione del rachide in tutti i distretti. Non vengono identificati tender points fibromialgici. La muscolatura paravertebrale risulta un poco tesa. Le prove di carico determinano un limite nel sollevamento di pesi che risulta possibile solo saltuariamente tra i 15 e 25 kg e risulta impossibile sollevare pesi superiori ai 25 kg. L'assicurato riferisce ricorrenti disturbi dell'equilibrio. Tali disturbi non sono obiettabili durante l'esame clinico. L'assicurato lamenta inoltre dolore durante i movimenti di flessione, estensione e torsione del tronco. La valutazione reumatologica e funzionale odierna permette di determinare una capacità lavorativa del 100% nel rispetto dei limiti sopra citati. In attività svolta in precedenza dall'assicurato come impiegato alberghiero con mansioni dirigenziali, si può stabilire una IL del 50% su intera giornata. La valutazione della documentazione clinica permette di stabilire che la sintomatologia riferita alla lombalgia è dal 2004 invariata nel tempo. (...)” (doc. AI 55/3); - nelle annotazioni 21 luglio 2009 il dr. _____, medico SMR, si è così espresso: “(...) E' stata eseguita la perizia psichiatrica (dr. _____, CPAS, 04.06.2009. Si trattava di vedere se fosse presente una patologia psichiatrica che non rendesse possibile gli accertamenti professionali intrapresi (Stage c/o _____, azienda virtuale, interrotto dall'A. senza motivazione ritenuta da parte nostra giustificata). Il perito non evidenzia una patologia psichiatrica che influisca sulla CL. Non trova elementi per uno stato depressivo attuale, ma solo comportamenti da attribuire al disturbo di personalità misto con tratti dipendenti ed immaturi (F61.0) che sono ritenuti superabili con un adeguato sforzo di volontà, ritenuto alla portata dell'A. Annota il fatto che il contenzioso sulla paternità e la relazione con la moglie sono state la causa dell'episodio depressivo diagnosticato in passato, che però non è presente attualmente. Ai tempi c'era anche il fatto di una presunta grave malattia della moglie (tumore al seno) poi non confermata. In conclusione: sono possibili, da giugno 2009 tutte le attività che non risultano controindicate dai limiti reumatologici (23.05.2007). Quelle svolte in precedenza: venditore, portiere, dirigente d'albergo, sono possibili. Fino a maggio 2009 valgono le restrizioni della perizia psichiatrica del 01.12.2005, cioè IL 100% in attività con responsabilità e a contatto con il pubblico. In conclusione: l'A. non presenta attualmente una patologia psichiatrica con influsso sulla CL, ma solo un comportamento, modificabile da parte sua, che non giustifica la IL. Le misure intraprese da parte dell'AI erano adatte per l'A. e la sua interruzione non giustificata. (...)” (doc. AI 101/1). 2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des

Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 453). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...) (cfr. STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante

attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato.

2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti il dr. _____ e la dr.ssa _____ nelle rispettive perizie psichiatriche del 2 dicembre 2005 e del 4 giugno 2009 (doc. AI 27/1-5 e 100/1-10). In particolare il dr. _____ – ammessa un'inabilità lavorativa del 100% per qualsiasi attività fino alla perizia della dr.ssa _____ – ha motivato diffusamente e in modo convincente le ragioni per le quali il disturbo di personalità non ha mai precluso la capacità lavorativa e, pur esprimendo alcune perplessità circa la presenza di una depressione maggiore ancora nel 2005, ha confermato la capacità lavorativa in attività adeguate rispettose delle caratteristiche poste dalla dr.ssa _____ e concluso che "(...) dal momento dell'attuale perizia in avanti è abile al 100% per qualsiasi attività, senza alcuna limitazione per ragioni psichiatriche. (...)". (doc. AI 100/10). Dal canto suo la dr.ssa _____ aveva concluso che "(...) il quadro psicopatologico, caratterizzato da energia e rallentamento rende l'A. inabile allo svolgimento di un'occupazione che comporti assunzioni di responsabilità e relazioni con il pubblico, cioè egli è attualmente inabile per l'occupazione lavorativa svolta in passato, ma la capacità lavorativa permane integra (100%) per attività esecutive, preferibilmente a basso rendimento, che non implicino particolare sforzi fisici. (...)". (doc. AI 27/4-5). Questo Tribunale deve fare proprie anche le conclusioni del dr. _____ – confermate del resto dal dr. _____ nelle annotazioni 6 ottobre 2008 e 21 luglio 2009 (doc. AI 87/1 e 101/1) – che, nel rapporto 24 maggio 2007 (doc. AI 55/1-3, riprodotto in parte al consid. 2.7), dopo l'esame medico del giorno precedente, ha concluso che "(...) la valutazione reumatologica e funzionale odierna permette di determinare una capacità lavorativa del 100% nel rispetto dei limiti sopra citati. In attività svolta in precedenza dall'assicurato come impiegato alberghiero con mansioni dirigenziali, si può stabilire una IL del 50% su intera giornata. La valutazione della documentazione clinica permette di stabilire che la sintomatologia riferita alla lombalgia è dal 2004 invariata nel tempo. (...)". (doc. AI 55/3). Le dettagliate ed approfondite valutazioni peritali, le conclusioni e le risultanze della visita del medico SMR non sono state del resto validamente smentite da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare non è possibile concludere diversamente per il solo fatto che l'assicurato è stato scartato dal servizio militare e dichiarato abile al servizio complementare (doc. AI 115/15). Per quanto riguarda le cefalee, il dr. _____, FMH in neurologia, nel rapporto 6 marzo 2003 indirizzato al dr. _____, non ha attestato alcuna inabilità lavorativa per questa ragione. Inoltre, il dr. _____, nel rapporto medico 15 novembre 2006 (doc. AI 43/1-3), ha ritenuto l'emicrania da adolescente e l'ipertensione arteriosa borderline quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità

lavorativa e, nel certificato medico 17 febbraio 2010, si è limitato ad attestare in modo del tutto generico che l'assicurato "(...) è inabile al lavoro dal 24.02.2003 a tutt'ora per tempo indeterminato (...)" (doc. AI 111/19). Quanto alla preannunciata visita presso il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, l'assicurato non ha dato seguito alla preavvisata produzione della relativa documentazione medica e, anche se invitati in tale senso, né lui né il medico curante hanno preso visione dell'incarto presso la cancelleria del TCA. Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni mediche sopra enunciate, è da ritenere dimostrato che da un punto di vista somatico l'assicurato è abile al lavoro al 100% in qualsiasi attività rispettosa delle limitazioni funzionali poste dal dr. _____ nel rapporto 24 maggio 2007. Quanto alla patologia extra-somatica, la stessa ha giustificato un'inabilità totale al lavoro in qualsiasi attività dal febbraio 2003 al novembre 2005, dopodiché l'assicurato va ritenuto abile al 100% in un'attività con le caratteristiche poste dalla dr.ssa _____ e in qualsiasi attività dal giugno 2009. Quanto al dubbio, sollevato dal ricorrente, circa "(...) l'oggettività e l'imparzialità (...)" (VI) dei medici specialisti che si trovano in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, valgono le seguenti considerazioni. Nella DTF 125 V 351, lo si ribadisce, la nostra Corte federale ha stabilito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Per quel che riguarda le perizie allestite da specialisti esterni all'amministrazione, il TFA ha pure loro riconosciuto pieno valore probante, fintantoché non vi sono degli indizi concreti che facciano dubitare della loro attendibilità (STFA U 168/02 del 10 luglio 2003; DTF 125 V 353, consid. 3b/bb). Nella DTF 135 V 465 il TF ha concluso che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore. Una perizia deve tuttavia essere ordinata qualora sussistono anche solo minimi dubbi riguardo all'attendibilità e alla concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione. Ancora nella STF 9C_400/2010 del 9 settembre 2010 il TF – avuto riguardo al parere giuridico dell'11 febbraio 2010 del Prof. Dr. Iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich, intitolato "Rechtsgutachten zur Vereinbarkeit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur medizinischen Begutachtung durch Medizinische Abklärungsstellen betreffend Ansprüche auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Art. 6 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und

Grundfreiheiten" e al principio della parità delle armi nonché alla legittimazione a ricorrere dell'amministrazione e alla sua conseguente posizione di parte – ha sviluppato, in particolare, le seguenti considerazioni: "(...) Zu bedenken ist indessen, dass die Verwaltung aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt ist, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Daraus ist offenkundig nicht abzuleiten, jede - meist vorgängige - Sachverhaltsabklärung im nichtstreitigen Verwaltungsverfahren durch die betreffende Verwaltungseinheit sei Parteihandeln und das gerichtliche Abstellen darauf EMRK-widrig. Der rechtsgutachterlichen Schlussfolgerung liegt nicht die dargelegte rechtliche Konzeption zugrunde, wonach das Durchführungsorgan der Sozialversicherung als Behörde auch nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren - trotz seiner formellen Parteistellung - an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes Verwaltungsorgan bleibt, welches zur Neutralität und Objektivität verpflichtet ist (vgl. nebst den in E. 4.1.2 zitierten Urteilen BGE 105 V 186 E. 1 S. 188; Isabelle Häner, Die Beteiligten im Verwaltungsverfahren und Verwaltungsprozess, Zürich 2000, Rz. 281 ff., 388 ff. und 391 ff.; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Freiburg 1999, S. 11 ff. und 121 f.; Franz Schläuri, Grundstrukturen des nichtstreitigen Verwaltungsverfahrens in der Sozialversicherung, in: Schaffhauser/Schläuri [Hrsg.], Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1996, S. 26 f.; Vera Marantelli-Sonanini/Said Huber, Praxiskommentar zum VwVG, Zürich 2009, N 53 zu Art. 6; Merkli/Aeschlimann/Herzog, Kommentar zum Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege des Kantons Bern [VRPG], N 5 und 26 zu Art. 12 VRPG/BE; André Grisel, Traité de droit administratif, Vol. II, Neuchâtel 1984, S. 838 f.). Im Hinblick auf diese verfassungsrechtliche Lage darf aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei. Denn das Verfügungsverfahren zählt nicht zur Verwaltungsrechtspflege im Sinne des Anfechtungsstreitverfahrens, das heisst des Beschwerdeverfahrens (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. Bern 1983, S. 14, 16 und 169; Rhinow/Koller/Kiss, Öffentliches Prozessrecht und Justizverfassungsrecht des Bundes, Basel/Frankfurt a.M. 1996, S. 7 Rz. 25, S. 8 Rz. 31 und S. 144 Rz. 748). Was vor der IV-Stelle stattfindet, ist ein Einparteienverfahren mit dem/der Leistungsgesuchsteller/in als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat (SVR 2007 IV Nr. 22 S. 77 E. 2.2.4.3; Peter Saladin, Das Verwaltungsverfahrensrecht des Bundes, Basel/Stuttgart 1979, S. 87 Ziff. 11.22, S. 113 ff. und 119 ff.; Häner, a.a.O., S. 147 Rz. 263; Benoît Bovay, Procédure administrative, Bern 2000, S. 87; Blaise Knapp, Précis de droit administratif, 4. Aufl. Basel/Frankfurt a.M. 1991, S. 217 Ziff. 953; Pierre Moor, Droit administratif, Vol. II, Bern 1991, S. 126 f.; zur Frage der Rechtsanwendung von Amtes wegen und des Amtsbetriebes statt vieler: Alfred Kölz/Isabelle Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl. Zürich 1998, Rz. 112 ff. und 117 f.; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 911 ff. und 292 ff.). (...) (STF 9C_400/2010 del 9 settembre 2010, consid. 4.2.1). 2.10. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita e della modifica dello stesso (DTF 129 V 222; cfr., pure,

STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1), per cui nel caso concreto sarebbero determinanti i dati del 2004 e del 2006 visto che, dopo un'inabilità totale da febbraio 2003 a novembre 2005, dal dicembre 2005 l'assicurato è abile al 100% in un'attività con le caratteristiche poste dalla dr.ssa _____ e dal giugno 2009 totalmente in qualsiasi attività (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI [art. 29 cpv. 2 lett. b LAI fino al 31 dicembre 2007] e art. 88a cpv. 1 OAI). Va qui innanzitutto osservato che dal febbraio 2004, dopo l'anno di carenza, ritenuta l'inabilità totale al lavoro in qualsiasi attività e quindi un reddito da invalido nullo, all'assicurato va riconosciuto il diritto ad una rendita intera. Per il 2006 valgono invece le seguenti considerazioni. 2.10.1. Per quel che concerne il reddito da valido, va ricordato che, è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita e/o della modifica del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite del 13 giugno 2003 I 475/01 e del 23 maggio 2000 U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, vedi anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (DTF 96 V 29; ZAK 1985 pag. 635 consid. 3; RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100 consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_290/2007 del 7 luglio 2008 consid. 5.1, ha ribadito che: " (...) occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). (...)" Conformemente alla succitata giurisprudenza – ritenuto che prima del danno alla salute nella sua ultima attività di portiere di notte presso il _____, nel 2004, avrebbe potuto conseguire un reddito annuo di fr. 58'500.-- (doc. AI 8/1-3, in particolare il punto 7: salario mensile di fr. 4'500.-- per tredici mensilità come si evince dai fogli paga per gli anni dal 2002 al 2004 sub doc. AI 8/4-6) – il reddito da valido per l'anno 2006 ammonta a fr. 59'794.02 (fr. 58'500.-- aumentati del 1.2% per il 2005 e del 1.0% per il 2006; cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali settore G,H commercio, riparazioni, alberghi e ristorazione, pubblicata in La Vie économique 7/8-2010 pag. 91). 2.10.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, in assenza di dati salari ali va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità

lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5).

2.10.3. Utilizzando i dati forniti dalla succitata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2006 un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 59'193.32 (fr. 4'732.-- riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 7/8-2010, pag. 90], moltiplicati per 12 [

ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a) . Questo Tribunale constata che il salario che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2006 quale portiere di notte presso un hotel al 100% (fr. 59'794.02, cfr. consid. 2.10.1), è superiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore alberghi e ristorazione (Tabella TA1 2006, p.to 55 alberghi e ristorazione, livello di qualifica 4: fr. 3'611.-- riportati su 42.1 ore/settimana x 12 mesi; cfr. la tabella B9.2 relativa alla durata settimanale normale del lavoro nelle imprese settore H alberghi e ristorazione, pubblicata in La Vie économique 7/8-2010 pag. 90 = fr. 45'606.93). Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido conformemente alla giurisprudenza federale citata. Va qui ancora osservato che – a prescindere dal fatto che l'asserita funzione di “(...) Night Auditor (...)” (VI) presso il suo ultimo datore di lavoro è rimasta alla stregua di una semplice allegazione di parte – se, per pura ipotesi di lavoro, si volesse applicare il livello di qualifica 3 della Tabella TA1 2006, p.to 55 alberghi e ristorazione, anche in questo caso il reddito annuo a livello svizzero risulterebbe inferiore rispetto a quello che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2006 (fr. 4'127.-- riportati su 42.1 ore/settimana x 12 mesi; cfr. la tabella B9.2 relativa alla durata settimanale normale del lavoro nelle imprese settore H alberghi e ristorazione, pubblicata in La Vie économique 7/8-2010 pag. 90 = fr. 52'124.01 contro i fr. 59'794.02). Anche in questa evenienza non vi sarebbero pertanto i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido. Applicata poi la riduzione del 20% ritenuta dal consulente in integrazione professionale nel rapporto di sorveglianza e finale 21 dicembre 2007 (doc. AI 81/1-2) – “(...) vi raccomando le seguenti riduzioni: per ragioni sociali, il 20% (la riduzione è suffragata dal fatto che l'A dovrà reintegrarsi in un ambito di lavoro specifico tale da contenere nel migliore dei modi i suoi limiti invalidanti) (...)” (doc. AI 81/2) – e ricordato che il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc), il reddito ipotetico da invalido si attesta in fr. 47'354.65 (fr. 59'193.32 ridotti del 20%). 2.10.4. Ritenuto il reddito da valido di fr. 59'794.02 (cfr. consid. 2.10.1) e quello ipotetico da invalido di fr. 47'354.65 (cfr. consid. 2.10.3) si ottiene un grado d'invalidità del 21% ($[59'794.02 - 47'354.65] \times 100 : 59'794.02 = 20.80\%$ arrotondato al 21% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che non dà diritto ad alcuna rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.4). 2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede la decisione impugnata va annullata e riformata nel senso che dal 1. febbraio 2004 (dopo l'anno di carenza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (art. 29 cpv. 2 lett. b LAI fino al 31 dicembre 2007): come visto al consid. 2.7 nel questionario 7 maggio 2003 sub doc. 1/8-9 dell'incarto cassa malati il dr. _____ ha attestato un'incapacità lavorativa totale dal 10 febbraio 2003 e il dr. _____ nella perizia 4 giugno 2009 sub doc. AI 11/1-10 ha confermato un'inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività fino alla perizia della dr.ssa _____ del 2 dicembre 2005) fino al 28 febbraio 2006 (tre mesi dopo il miglioramento ai sensi dell'art. 88a cpv. 1 OAI: come visto al consid. 2.9 la dr.ssa _____ nella perizia 2 dicembre 2005 sub doc. AI 27/1-5 ha attestato un miglioramento e concluso per una capacità lavorativa del 100% per attività esecutive, preferibilmente a basso rendimento, che non implicino particolari sforzi fisici) l'assicurato ha diritto ad una rendita intera. 2.12. Per quanto riguarda infine la possibilità di una riqualifica professionale il TCA non può che fare propria la valutazione del consulente in integrazione professionale che, nel rapporto di sorveglianza e finale 21 dicembre 2007 (doc. AI 81/1-2), ha rilevato: “(...) è altrettanto buona cosa sapere che provvedimenti professionali AI hanno senso e significato allorquando vi è un grado di

motivazione dell'interessato che consente d'affrontare la meta riabilitativa. In questo specifico caso bisogna asserire che malgrado gli intenti propositivi espressi oralmente dall'A e malgrado l'alta correlazione comunicativa tra CIP e l'A, ... ecco, malgrado tutto ciò, è stato un fallimento! D'altra parte 3 ore d'accertamento, sono troppo poche per poter asserire che l'A non è in grado di fare! Ciò che mi preoccupa è che l'A non ha in alcun modo proposto alternative oppure rivisto la sua decisione oppure telefonato al Consulente per fare il punto dell'attuale situazione. Tutto tace. Un vero peccato poiché l'A è una Risorsa su cui sono convinto che sia possibile esigere una tenuta lavorativa anche solamente parziale. Ed è per questo che il suddetto rapporto non rappresenta in alcun modo una garanzia di perenne chiusura nei confronti dell'entrata in esame dei provvedimenti professionali AI. Per ora mi limiterò a seguire l'iter assicurativo, per un'eventuale riapertura della pratica attendo un segnale forte da parte dell'A o di Coloro che sostengono il sig. RI 1. (...)” (doc. AI 81/1). 2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese, per complessivi fr. 200.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.