

TI_GERICHTE 32.2012.67 vom 6. Februar 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-02-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.67

FR: TI_GERICHTE 32.2012.67 du 6 février 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.67 del 6 febbraio 2012

Regeste

Corretta decisione con la quale UAI ha attribuito all'interessato delle rendite di invalidità limitate nel tempo, poi soppresse in mancanza di un grado di invalidità pensionabile dopo il 31 maggio 2010

Erwägungen

E. 22

dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPG, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Questa graduazione è stata ripresa all'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore dal 1° gennaio 2008. Ai sensi dell'art. 16 LPG il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325;

DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.3. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.4. L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che: " 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." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.5. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux

diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003

[1790/01], consid. 3). 3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere

quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrante nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento

ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Questa giurisprudenza è stata confermata dall'Alta Corte nella sentenza 9C_830/2007 del 27 luglio 2008, vedi anche la sentenza 9C_382/2008 del 22 luglio 2008. Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.7. Nella decisione del 6 febbraio 2012, l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una mezza rendita di invalidità dal 1° agosto 2007 al 31 ottobre 2007 e una rendita intera per i periodi compresi dal 1° novembre 2007 al 31 dicembre 2008 e dal 1°

giugno 2009 al 31 maggio 2010, sopprimendola poi a partire dal 1° giugno 2010, ritenuto che dalla perizia pluridisciplinare eseguita dal SAM e dal successivo raffronto dei redditi è emerso che l'interessato non presenta un grado di invalidità pensionabile dopo tale data. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3., 2.4. e 2.5., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° giugno 2010.

2.8. Nel caso di specie, l'UAI ha fondato, dal profilo medico, la propria decisione di attribuire all'assicurato una mezza rendita di invalidità dal 1° agosto 2007 al 31 ottobre 2007 e una rendita intera per i periodi compresi dal 1° novembre 2007 al 31 dicembre 2008 e dal 1° giugno 2009 al 31 maggio 2010, sopprimendola poi a partire dal 1° giugno 2010, sulla perizia pluridisciplinare esperita dai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). L'aspetto reumatologico è stato valutato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 24 dicembre 2010, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "1. sindrome cervicospondilogenica cronica con stato dopo Whiplash 1/2006, attualmente stadio I; importante diminuzione della mobilità cervicale particolarmente per la rotazione verso destra; radiografie convenzionali del 17.12.2010: avanzate alterazioni degenerative C5/C6 e C6/C7, peggiorate rispetto ai controlli precedenti; 2. sindrome dorso e lombospondilogenica cronica su lievi alterazioni statiche e lievi alterazioni degenerative a livello D10 e D11 (in presenza di lieve deformazione a cuneo) DD su esiti da distrofia di Scheuermann oppure pregressa frattura, lieve osteocondrosi L3/L4; 3. gonalgie croniche bilaterali con stato dopo meniscectomia mediale parziale a destra 9/2005 e condropatia femoropatellare e femorotibiale incipiente (artroscopia 9/2005); 4. disturbo indifferenziato di percezione e elaborazione del dolore con tendenza alla fibromialgia; 5. importante decondizionamento psicofisico; 6. modica sindrome del tunnel carpale bilaterale (ENG 6/2004)", mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha indicato quelle di "probabile DISH; ipertensione arteriosa; sindrome depressiva; stato dopo intervento per Dupuytren a destra 5/1999" (doc. 56/32-33). Il dr. _____ ha rilevato che la propria valutazione "concorda sostanzialmente con tutte le valutazioni precedenti per quanto riguarda le lesioni strutturali a livello della colonna vertebrale e delle ginocchia" (doc. 56-33). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro nella misura del 50% nella sua precedente attività lavorativa di piastrellista, ma abile al lavoro nella misura del 100%, con una riduzione del rendimento del 10%, in attività adatte, rispettose dei suoi limiti funzionali (vale a dire, "attività leggera, che possa saltuariamente implicare anche compiti mediamente pesanti, ma permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena, eviti posizioni statiche con la colonna cervicale, eviti di dover lavorare regolarmente sopra l'orizzontale e sui soffitti, eviti la posizione inginocchiata in carico", doc. 56-34). Quanto all'evoluzione dell'incapacità lavorativa dell'interessato, il dr. _____ ha indicato che "a mio avviso dopo il trauma da Whiplash che il paziente ha subito a 1/2006 va calcolata un'incapacità lavorativa totale per un periodo di 1-3 mesi. In seguito, la capacità lavorativa dell'assicurato corrisponde a quella attuale. In precedenza l'assicurato era a mio avviso verosimilmente totalmente abile al lavoro come piastrellista, fatta eccezione per problemi intercorrenti come l'intervento al ginocchio destro o a eventuali altri problemi non rilevabili in base agli atti" (doc. 56-34). L'aspetto neurologico è invece stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 20 dicembre 2010, poste le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di "dolori cronici in varie localizzazioni (ginocchia, colonna vertebrale soprattutto lombare e cervicale, spalle) non spiegati da

patologia neurologica; lieve tremore essenziale; stato da intervento per sindrome del tunnel carpale a destra, attualmente non sintomatica”, ha considerato l’assicurato, dal profilo strettamente neurologico, abile al lavoro al 100% in qualsiasi attività (doc. 56-45). L’aspetto psichico è, infine, stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 28 dicembre 2010, ha posto le diagnosi di “sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media (ICD10-F33.1)” (doc. 56-40). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l’assicurato inabile al lavoro al 50% per ragioni psichiatriche in qualsiasi attività (doc. 56-41). A proposito dell’evoluzione dell’incapacità lavorativa, lo specialista ha spiegato che “il quadro psicopatologico che incide da un punto di vista psichiatrico è soltanto la sindrome depressiva che egli presenta. Egli ha presentato una incapacità lavorativa per ragioni psichiatriche nella misura del 100% dal 03.08.2007 (come attestato dalla dr.ssa _____). Ha mantenuto questo grado d’incapacità lavorativa fino al 02.09.2008. Dal 03.09.2008 al 02.06.2009 ha presentato un’incapacità lavorativa nella misura del 50%. in seguito, ha presentato un’incapacità lavorativa (come attestato dal dr. _____) nella misura del 100% dal 03.06.2009 al 29.09.2009 e poi nella misura dell’80% dal 30.09.2009 al 28.02.2010. Dal 01.03.2010 presenta un’incapacità lavorativa del 50% come tuttora” (doc. 56-41). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 27 gennaio 2011, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali dell’assicurato presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “1. sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media (ICD10-F33.1); 2. sindrome cervicospondilogenica cronica con/su: pregresso Whiplash (8.1.2006), stadio I; importante diminuzione della mobilità cervicale particolarmente per la rotazione verso destra; avanzate alterazioni degenerative C5-C7, peggiorate rispetto ai controlli precedenti; 3. sindrome dorsolombospondilogenica cronica con/su: alterazioni statiche; alterazioni degenerative Th10-Th11 (lieve deformazione a cuneo; in DD: esiti da morbo Scheuermann oppure pregresse fratture); spondilartrosi diffusa L2-L4; 4. gonalgie croniche bilaterali con/su: pregressa meniscectomia mediale parziale a destra 6.9.2005; condropatia femoropatellare e femorotibiale incipiente”, mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di “sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); probabile iperostosi scheletrale idiopatica diffusa; ipertensione arteriosa sotto trattamento; dislipidemia con sovrappeso; epatopatia; broncopatia cronicostruttiva; ipotiroidismo sostituito; contratture di Dupuytren stadio 0 bilateralmente sul III e IV raggio, con/su: pregressa fasciectomia parziale al III raggio della mano destra, 7.5.1999; varicosi agli arti inferiori C2 bilateralmente” (doc. 56/16-17). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurato inabile al lavoro al 50% nella precedente attività di piastrellista (doc. 56-21) e in qualsiasi altra attività rispettosa dei limiti funzionali definiti dal consulente reumatologo (doc. 56-23), a partire dal 1° marzo 2010. I medici del SAM hanno, inoltre, rilevato che l’assicurato, a seguito dell’incidente della circolazione stradale dell’8 gennaio 2006, ha presentato una totale inabilità lavorativa a partire dal 1° gennaio 2006 per circa due mesi, quindi fino alla fine del mese di febbraio 2006, mentre a partire dal 1° marzo 2006 è stato inabile al lavoro al 50% come piastrellista e in qualsiasi altra attività. In seguito, con l’insorgenza della patologia psichiatrica, egli è stato, come indicato dal dr. _____, totalmente inabile al lavoro dal 3 agosto 2007 al 2 settembre 2008, poi inabile al lavoro al 50% dal 3 settembre 2008 al 2 giugno 2009, nuovamente inabile al lavoro al 100% dal 3

giugno 2009 al 29 settembre 2009, poi inabile al lavoro all'80% dal 30 settembre 2009 al 28 febbraio 2010 e, infine, inabile al lavoro al 50% a partire dal mese di marzo 2010, sia come piastrellista che in qualsiasi altra attività (doc. 56-23). Nel rapporto medico finale dell'8 febbraio 2011, il dr. _____ del SMR, medico generico (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha confermato le percentuali di incapacità lavorativa dell'interessato stabilite dai medici del SAM, ritenendo opportuna una revisione a distanza di 5 anni (doc. 58-2). Dopo avere ricevuto della documentazione medica da parte dell'assicurazione sulla vita _____, nelle annotazioni del 7 settembre 2011, il dr. _____ del SMR ha precisato che è giustificato tenere conto, quale data di inizio dell'incapacità lavorativa, del mese di luglio 2005, a causa della lesione meniscale e dei postumi da meniscectomia (doc. 70-1). 2.9. In sede ricorsuale, l'assicurato ha contestato la decisione di soppressione della rendita a partire dal 1° giugno 2010, trasmettendo al TCA un referto, peraltro già presente nell'incarto dell'amministrazione (cfr. doc. 85-4), datato 8 ottobre 2011, redatto dal dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, attestante un'inabilità lavorativa dell'80% dal 30 settembre 2009 in poi (doc. A5). L'assicurato ha poi trasmesso al TCA una valutazione medica, datata 20 giugno 2012, resa dalla dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nella quale la specialista, poste le diagnosi di "sindrome affettiva bipolare, attuale episodio misto (ICD10-F31.6), dal 14 febbraio 2012 al 15 maggio 2012; sindrome affettiva bipolare, attuale episodio depressivo di media gravità (ICD10-F31.3), dal 31 maggio 2012 al continua", ha ritenuto l'interessato inabile al lavoro nella misura "del 100% per un'attività lavorativa a scopo lucrativo dal 14 febbraio 2012 al continua, per un tempo indeterminato" (doc. B1). Nelle annotazioni del 9 agosto 2012, il dr. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale e la dr.ssa _____, psichiatra del SMR, hanno osservato: " (...) La nuova documentazione agli atti (rapporto medico della dr.ssa _____ del 20.06.2012) indica una diagnosi di sindrome bipolare, con l'osservazione tra il febbraio 2012 e maggio 2012 di un episodio misto e successivamente, dal 31 maggio 2012, di un episodio depressivo di media gravità. La diagnosi attuale appare quindi differente rispetto a quelle evidenziate dallo psichiatra curante dr. _____ e in corso di perizia SAM. L'attuale documentazione non fornisce elementi medici che modifichino le precedenti conclusioni SAM, mentre riporta un possibile peggioramento dello stato di salute, ma a partire da febbraio 2012." (Doc. X/bis) 2.10. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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; DTF 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; DTF 122 V 161, DTF 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 1994, pag. 332). 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase

non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Va ancora 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). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e

cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (*Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d’integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l’impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d’arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l’esperto deve esprimersi sull’aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124).

2.11. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale pluridisciplinare dei medici del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nel rapporto peritale del 27 gennaio 2011, i medici del SAM, tenuto conto delle affezioni somatiche e psichiche accertate in sede peritale, hanno ritenuto l’interessato inabile al lavoro al 50% sia nella sua precedente attività di piastrellista (doc. 56-21), sia in qualsiasi attività leggera adeguata, rispettosa dei suoi limiti funzionali (doc. 56-23), a partire dal mese di marzo 2010. Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni, che, del resto, dal profilo somatico, non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. 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). Quanto all’aspetto psichiatrico, l’assicurato si è dapprima limitato a criticare le conclusioni peritali dei medici del SAM producendo un referto, dell’8 ottobre 2011, del dr. _____, dal quale emerge che l’interessato ha presentato un’incapacità lavorativa dell’80% a partire dal 30 settembre 2009 (doc. A5). A fronte di questo rapporto medico, nelle annotazioni del 3 novembre 2011, il dr. _____ del SMR ha ritenuto che “dal punto di vista medico non si portano argomenti oggettivi che modifichino la nostra

precedente valutazione basata su perizia SAM” (doc. 88-1). Il TCA concorda con queste considerazioni espresse dal dr. _____ del SMR, ritenuto che, del resto, nel referto peritale del 28 dicembre 2010, il dr. _____ ha espressamente rilevato che lo psichiatra curante dell’interessato, dr. _____, aveva certificato un’inabilità lavorativa dell’80% a partire dal 30 settembre 2009 (cfr. doc. 56-38), considerando egli stesso giustificata un’inabilità lavorativa dell’80% dal 30 settembre 2009 al 28 febbraio 2010 (doc. 56-41). A partire dal 1° marzo 2010, per contro, il dr. _____ ha ritenuto l’assicurato inabile al lavoro nella misura del 50%, sottolineando come “il decorso dell’attuale episodio depressivo è stato altalenante, ma nel corso del 2010 è stato evidenziato un miglioramento complessivo, riconosciuto dallo stesso assicurato. Soprattutto si assiste ad una riduzione della fobia sociale che presentava e dell’impatto che il quadro aveva sulle funzioni volitive. Si mantengono abbastanza conservate le funzioni biologiche e quelle cognitive” (doc. 56-40). L’assicurato ha poi prodotto, in corso di causa, un referto, datato 20 giugno 2012, nel quale la dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, poste le diagnosi di “sindrome affettiva bipolare, attuale episodio misto (ICD10-F31.6), dal 14 febbraio 2012 al 15 maggio 2012; sindrome affettiva bipolare, attuale episodio depressivo di media gravità (ICD10-F31.3), dal 31 maggio 2012 al continua”, ha ritenuto l’interessato inabile al lavoro nella misura “del 100% per un’attività lavorativa a scopo lucrativo dal 14 febbraio 2012 al continua, per un tempo indeterminato” (doc. B1). Nelle annotazioni del 9 agosto 2012, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR, dopo avere confermato la correttezza delle conclusioni peritali alle quali sono giunti i medici del SAM, hanno rilevato che il referto della dr.ssa _____ “riporta un possibile peggioramento dello stato di salute, ma a partire da febbraio 2012” (doc. X/bis). Ora, va qui ricordato che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 6 febbraio 2012 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, il possibile peggioramento, dal profilo psichiatrico, dello stato di salute dell’interessato è, in ogni caso, come indicato dall’amministrazione, successivo alla decisione impugnata e non può quindi essere preso in considerazione nella presente procedura. Come giustamente indicato dall’amministrazione nelle osservazioni del 13 agosto 2012, tuttavia, l’Ufficio AI dovrà esaminare il possibile peggioramento delle condizioni psichiatriche dell’assicurato nel periodo successivo alla decisione impugnata, come attestato dalla dr.ssa _____ (doc. X). In considerazione, dunque, del referto specialistico della dr.ssa _____ e delle annotazioni del SMR, il TCA ritiene opportuno trasmettere all’amministrazione gli atti affinché proceda ad una revisione d’ufficio secondo le indicazioni del dr. _____ e della dr.ssa _____ del SMR (cfr. art. 87 cpv. 2 OAI). Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze dei periti interpellati dall’amministrazione, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell’interessato e richiamato inoltre l’obbligo che incombe all’assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemeier■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze

ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che, per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice, l'assicurato ha presentato, come stabilito dai medici del SAM, sia nella sua professione di piastrellista che in qualsiasi attività adatta, una totale inabilità lavorativa dal 1° gennaio 2006 fino alla fine del mese di febbraio 2006; un'inabilità lavorativa del 50% dal 1° marzo 2006; una totale inabilità lavorativa dal 3 agosto 2007 al 2 settembre 2008; un'inabilità lavorativa del 50% dal 3 settembre 2008 al 2 giugno 2009; una inabilità lavorativa del 100% dal 3 giugno 2009 al 29 settembre 2009; un'inabilità lavorativa dell'80% dal 30 settembre 2009 al 28 febbraio 2010 e, infine, un'inabilità lavorativa del 50% a partire dal mese di marzo 2010. In simili condizioni non è necessario procedere a ulteriori atti istruttori, segnatamente alla perizia medica postulata dal ricorrente in sede ricorsuale, in via subordinata (cfr. doc. I) e ribadita nello scritto del 30 agosto 2012 (doc. XII). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.12. Si tratta ora di esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). Ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 capoverso 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (cfr., sul tema, U. Meyer, "Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)", in: *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, 2010, ad art. 29, pag. 360 segg.). Il Tribunale federale, in una sentenza 9C_583/2010 del 22 settembre 2011, ha precisato che l'art. 29 cpv. 1 LAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2008, non si applica, tuttavia, nei casi in cui, come nella fattispecie che era chiamato a giudicare - nella quale l'assicurato era da ritenere totalmente inabile al lavoro a partire dal 2 ottobre 2005, ma aveva presentato la propria richiesta di prestazioni solo in data 18 aprile 2008 - il periodo di attesa è iniziato a decorrere prima del 1° gennaio 2008: in tale evenienza, il Tribunale federale ha osservato che la questione deve essere risolta alla luce dell'art. 48 cpv. 2 vLAI, il quale prevedeva che "se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta, in deroga all'art. 24 capoverso 1

LPGA. Esse sono assegnate per un tempo anteriore, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti motivanti il diritto e presenta la richiesta entro 12 mesi da quando ne ha avuto conoscenza". L'Alta Corte ha al riguardo rilevato quanto segue: " (...) 4.1 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où, comme en l'espèce, le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (sur ce sujet, voir l'arrêt 8C_233/2010 du 7 janvier 2011, consid. 4, résumé in RSAS 2011 p. 298, ainsi que l'arrêt 8C_262/2010 du 12 janvier 2011, consid. 3, résumé in RSAS 2011 p. 297). Le litige doit ainsi être tranché à la lumière de l'art. 48 al. 2 aLAI. D'après cette disposition, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Selon la jurisprudence (cf. arrêt 9C_82/2007 du 4 avril 2008, consid. 2, connu de la juridiction cantonale), l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a p. 113). Autrement dit, les « faits ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître », au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase aLAI, ou ceux donnant droit à des prestations, au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 114 consid. 2c p. 119 sv; RCC 1984 p. 419 consid. 1 p. 420 sv). Une restitution de délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 226 consid. 4 p. 228 sv; consid. 1b de l'arrêt M. du 22 mars 2001, I 264/00) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Il faut encore qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 112 consid. 2a p. 115; RCC 1984 p. 419 consid. 1 p. 420 sv)." Il Tribunale federale ha ribadito il concetto nella sentenza 9C_473/2011 del 14 maggio 2012, nella quale ha indicato che, in deroga all'articolo 29 cpv. 1 LAI (nel nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2008) e conformemente a quanto stabilito nella lettera circolare n° 253 del 12 dicembre 2007 dell'UFAS, l'assicurato, inabile al lavoro al 100% da aprile 2007 e che aveva presentato all'amministrazione una nuova domanda di prestazioni ben prima del 31 dicembre 2008, avesse diritto ad una rendita a partire dal 1° aprile 2008, alla scadenza dell'anno di carenza. In una lettera circolare n. 253 del 12 dicembre 2007, l'Ufficio Federale delle Assicurazioni Sociali (UFAS), ha segnalato quanto segue a proposito dell'entrata in vigore della 5a revisione dell'AI e del diritto transitorio: " Rente Survenance du cas d'assurance avant le 1er janvier 2008 Si le cas d'assurance se produit avant le 1er janvier 2008, c'est l'ancien droit qui s'applique. Cela signifie que la personne assurée peut

encore déposer une demande de prestations auprès de l'AI dans les douze mois après la naissance du droit, sans perte de prestations de rente (art. 48, al. 2, aLAI).” Nello stesso senso, cfr. anche lettera circolare AI n. 300 del 15 luglio 2011 dell'UFAS, concernente “termini di perenzione e diritto transitorio”. 2.13. Nel caso di specie, come visto (cfr. consid. 2.8.), dal rapporto del dr. _____ del SMR emerge che l'assicurato ha presentato una incapacità lavorativa di lunga durata a partire dal mese di luglio 2005. Pertanto, in applicazione dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007) , l'anno di carenza è giunto a termine nel mese di luglio 2006 e, a quel momento, l'assicurato era inabile al lavoro al 50%. Di conseguenza, l'assicurato avrebbe avuto potenzialmente diritto a una rendita di invalidità a far tempo dal 1° luglio 2006. Nel caso di specie, tuttavia, un tale diritto - a prescindere, come verrà esposto di seguito (cfr. consid. 2.14.), dalla questione della domanda di prestazioni tardiva presentata dall'interessato - non sarebbe comunque sorto, dato che dal raffronto dei redditi relativi all'anno 2006 non emerge un grado di invalidità pensionabile. 2.13.1. Per quel che concerne il reddito da valido , il cui importo non è del resto stato contestato in sede di ricorso (doc. I), il consulente in integrazione incaricato ha tenuto conto di un salario (2006) di fr. 37'880 (doc. 61-1), calcolato effettuando una media dei redditi conseguiti dall'assicurato nei cinque anni precedenti il danno alla salute (periodo 2000-2004). Il TCA non ha motivo per discostarsi da tale importo. Del resto, va fatto presente che la giurisprudenza ritiene adeguato tener conto della media dei redditi percepiti negli ultimi cinque anni (cfr. U. Meyer, Rechtsprechung des bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2° ed. 2010, pag. 306; STF 9C_886/2011 e 9C_899/2011 del 29.6.2012; 9C_361/2009 del 19 agosto 2009 consid. 4.2.; RCC 1985 pag. 474). 2.13.2. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido , 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 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 del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2006 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, il ricorrente, svolgendo nel 2006 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'732. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 11-2007, p. 98) , esso ammonta a fr. 4'933.11 mensili oppure a fr. 59'197.32 per l'intero anno (fr. 4'933.11 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Ritenuto che, come visto in precedenza, da un punto di vista medico, l'assicurato poteva esercitare, a partire dal 1° marzo 2006, un'attività adeguata al 50%, il reddito statistico citato va ridotto del 50% e ammonta a fr. 29'598.66 (fr. 59'197.32 ridotti del 50%). 2.13.3. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza I 147/05 del 25 luglio 2005, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronunzia U 420/04 del 25 luglio 2005, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% . In una sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronunzia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04,

consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, “en regard de l’âge de l’assuré et des limitations résultant de l’atteinte à sa santé” (la sottolineatura è del redattore). In un’altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l’Alta Corte non ha ritenuto che l’età costituisse un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all’art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un’età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l’uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l’invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l’esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l’assicurato anche nell’esercizio di un’attività sostitutiva, può comunque giustificare l’applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall’amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l’applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione).” (STCA succitata, consid. 2.11.) 2.13.4. In concreto, nel rapporto del 7 settembre 2011, il consulente IP ha accordato una riduzione percentuale del 10% così giustificata: “5% per attività leggera e 5% per altri fattori di riduzione” (cfr. doc. 74/3-4). In una sentenza pubblicata in DTF 137 V 71, il Tribunale federale ha esaminato la questione del potere d’esame del Tribunale federale e dei tribunali cantonali delle assicurazioni qualora si tratti di verificare, in materia di assicurazione per l’invalidità, l’estensione della riduzione operata sul reddito da invalido accertato sulla base dei dati statistici conformemente alla DTF 126 V 75. L’Alta Corte al consid. 5.2 si è così espressa: “ Contrairement au pouvoir d’examen du Tribunal fédéral, celui de l’autorité judiciaire de première instance n’est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l’excès ou l’abus du pouvoir d’appréciation), mais s’étend également à l’opportunité de la décision administrative (“Angemessenheitskontrolle”). En ce qui

concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81)." Tale percentuale del 10% stabilita dal consulente e non contestata dall'assicurato, può essere confermata dal TCA. Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera che per costante giurisprudenza il Giudice non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 137 V 71 c. 5.2 pag 73 ss; DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Procedendo al raffronto dei redditi, con riferimento al 2006, partendo da un salario da invalido di fr. 59'197.32, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50% e ammettendo una riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 26'638.80 . Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 37'880 (consid. 2.13.), emerge un tasso d'invalidità del 29.68% arrotondato al 30% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita di invalidità , come stabilito dall'amministrazione. 2.14. Nella decisione impugnata, l'Ufficio AI ha assegnato all'assicurato una mezza rendita di invalidità a partire dal 1° agosto 2007 fino al 31 ottobre 2007, poi aumentata ad una rendita intera limitatamente al periodo compreso fra il 1° novembre 2007 e il 31 dicembre 2008 e al successivo periodo compreso fra il 1° giugno 2009 e il 31 maggio 2010. Il patrocinatore ha contestato il modo di agire dell'amministrazione, rilevando, innanzitutto, che non essendo subentrato alcun cambiamento tra il mese di ottobre 2007 e il mese di novembre 2007 – mese a partire dal quale egli ha diritto ad una rendita intera di invalidità (cfr. doc. A-4) - l'assicurato avrebbe avuto diritto ad una rendita intera già a partire dal mese di ottobre 2007 (doc. I). Il TCA non condivide le critiche del legale dell'assicurato. L'assicurato non può, infatti, pretendere di beneficiare, a partire dal 1° ottobre 2007, di una rendita intera di invalidità, dato che - tenuto conto dell'alternarsi, a partire dal mese di luglio 2005, di periodi di inabilità lavorativa al 100% con altri al 50% - l'amministrazione, in applicazione della media retrospettiva, ha stabilito che il grado di invalidità dell'interessato, nel mese di agosto 2007, era del 54% (cfr. doc. 74-1), percentuale che dà diritto, a partire dal mese di agosto 2007, ad una mezza rendita di invalidità, come ritenuto dall'amministrazione. L'amministrazione ha, tuttavia, correttamente rilevato che l'inizio dell'erogazione delle prestazioni non può decorrere dal 1° agosto 2007, ma solo dal 1° ottobre 2007, essendo la domanda di prestazioni dell'assicurato tardiva. Come visto (cfr. consid. 1.1.), infatti, l'interessato ha presentato la propria richiesta di prestazioni AI "solo" nel mese di ottobre 2008. Di conseguenza, dato che nell'ottobre 2008, al momento di presentazione della domanda di prestazioni, era ampiamente trascorso il periodo di carenza di un anno, la questione relativa al momento di decorrenza della rendita deve essere risolta, ai sensi della giurisprudenza esposta al consid. 2.12. - STF 9C_583/2010 del 22 settembre 2011 – applicando l'art. 48 cpv. 2 vLAI . Pertanto, il diritto a prestazioni deve essere riconosciuto, in applicazione dell'art. 48 cpv. 2 vLAI, per i dodici mesi precedenti la richiesta di prestazioni e, quindi, in ogni caso, a partire dal mese di ottobre 2007. Quanto all'assegnazione di una rendita intera di invalidità a partire dal 1° novembre 2007, il TCA rileva che ciò, come correttamente indicato dall'amministrazione nella decisione impugnata, deriva dal fatto che lo stato di salute dell'assicurato, a partire dal mese di agosto

2007, è nuovamente peggiorato, comportando il passaggio da un'inabilità lavorativa del 50% ad una inabilità al lavoro e, conseguentemente, al guadagno, del 100%. Questo peggioramento, ai sensi dell'art. 88a OAI, è stato giustamente preso in considerazione a partire dal 1° novembre 2007, vale a dire tre mesi dopo il peggioramento della capacità lucrativa. Il patrocinatore del ricorrente ha poi criticato il fatto che il diritto alla rendita intera sia stato limitato al periodo compreso fra il 1° novembre 2007 e il 31 dicembre 2008, ritenendo che lo stesso avrebbe dovuto continuare ad essere riconosciuto anche a partire dal 1° gennaio 2009. Al riguardo, il TCA rileva che il diritto ad una rendita intera è stato soppresso a partire dal 1° gennaio 2009, dato che, dal profilo medico, come risulta dal referto peritale dei medici del SAM, l'assicurato è stato considerato nuovamente abile al lavoro al 50% in attività adatte a partire dal 3 settembre 2008 e, a quel momento, dal raffronto dei redditi, non risultava più un grado di invalidità pensionabile. Utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2008 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2008 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'806.--. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2009, p. 90), esso ammonta a fr. 4'998.24 mensili oppure a fr. 59'978.88 per l'intero anno (fr. 4'998.24 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Partendo da un salario da invalido di fr. 59'978.88 , ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50% e ammettendo una riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 26'990.45 . Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido, nel medesimo anno, dopo adeguamento - ritenuto che la pratica dell'adeguamento del reddito all'evoluzione (nominale o reale) dei salari è già stata ritenuta corretta anche in relazione ai lavoratori indipendenti, cfr. Meyer, op. cit., pag. 303; STF 9C_886/2011 e 9C_899/2011 del 29.6.2012; RCC 1990 pag. 542 e STF I 170/00 del 5 settembre 2000 - di fr. 39'225.80 (ottenuto aggiornando al 2008 l'importo di fr. 37'880 relativo al 2006, cfr. consid. 2.13.1.), emerge un tasso d'invalidità del 31.19% arrotondato al 31% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita di invalidità , come stabilito dall'amministrazione. L'UAI ha pertanto agito correttamente, procedendo alla soppressione delle prestazioni, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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 – a partire dal 1° gennaio 2009. Infine, il patrocinatore ha contestato la soppressione a partire dal 1° giugno 2010 del diritto alla rendita intera riconosciuto dall'Ufficio AI all'assicurato limitatamente al periodo dal 1° giugno 2009 al 31 maggio 2010, ritenendo che l'interessato avrebbe diritto ad una rendita intera anche dopo questo periodo, essendo stato ritenuto dal dr. _____ inabile al lavoro all'80% dal 30 settembre 2009 e non essendo quindi giustificata la presunta capacità lavorativa del 71% considerata dall'amministrazione (doc. XII). Il TCA non può concordare con queste critiche del legale dell'assicurato. Va qui sottolineato che, contrariamente a quanto indicato dal patrocinatore, il grado di invalidità del 29% calcolato

dall'amministrazione corrisponde all'incapacità lucrativa dell'interessato e non alla sua incapacità lavorativa. Dal profilo medico, infatti, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.11.), dalla perizia pluridisciplinare dei medici del SAM è emerso che l'assicurato va considerato nuovamente abile al lavoro al 50%, a partire dal 1° marzo 2010, sia come piastrellista che in qualsiasi attività adatta. Dal profilo economico, dopo raffronto dei redditi, una tale percentuale di incapacità lavorativa non dà luogo ad un grado di invalidità pensionabile. Utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2010 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2010 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 4'901.-- Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2011, p. 94), esso ammonta a fr. 5'097.04 mensili oppure a fr. 61'164.50 per l'intero anno (fr. 5'097.04 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). Partendo da un salario da invalido di fr. 61'164.50 , ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 50% e ammettendo una riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 27'524 . Confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido, nel medesimo anno e dopo adeguamenti, di fr. 40'363.35 (fr. 39'225.80 (2008) aggiornato al 2010), emerge un tasso d'invalidità del 31.8% arrotondato al 32% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41), percentuale che non dà diritto ad una rendita di invalidità , come stabilito dall'amministrazione. È pertanto a ragione che l'Ufficio AI ha soppresso le prestazioni, in applicazione dell'art. 88a OAI – che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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 – a partire dal 1° giugno 2010. Visto quanto precede, la decisione impugnata va confermata . 2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.16.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: " (...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può

essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)” 2.16. Il ricorrente ha infine chiesto di essere posto al beneficio dell’assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I). Ai sensi dell’art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l’autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l’assistenza giudiziaria. L’art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell’assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell’assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l’istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l’intervento dell’avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Nella presente fattispecie, la vertenza era palesemente priva di esito favorevole, in quanto la situazione valetudinaria dell’interessato, come visto sopra (cfr. consid. 2.11.), è stata approfonditamente valutata tramite la perizia pluridisciplinare del SAM del 27 gennaio 2011, mentre il patrocinatore si è limitato a contestare le risultanze peritali producendo dapprima, in sede ricorsuale, un referto dell’8 ottobre 2011 dello psichiatra curante, dr. _____, già presente agli atti e già valutato dal perito psichiatra dr. _____ e, poi, in corso di causa, un referto della dr.ssa _____, attestante espressamente un peggioramento dello stato di salute dell’assicurato, ma solo a partire dal 14 febbraio 2012, epoca successiva alla decisione impugnata. Il patrocinatore dell’assicurato, non potendo ignorare che la data di emissione della decisione impugnata delimita il potere cognitivo del giudice, doveva sapere che un peggioramento dello stato di salute deve essere esaminato nell’ambito di una domanda di revisione. Quanto agli aspetti economici, poi, il TCA rileva come il patrocinatore abbia contestato l’attribuzione di una rendita intera limitatamente al periodo compreso fra il 1° novembre 2007 e il 31 dicembre 2008 e a quello compreso fra il 1° giugno 2009 e il 31 maggio 2010, nonostante l’amministrazione, nella decisione impugnata, dopo avere esposto le risultanze mediche peritali e avere effettuato il raffronto dei redditi, abbia espressamente indicato quali norme di legge siano state applicate nel caso di specie per determinare il diritto a prestazioni limitate nel tempo. In particolare, come diffusamente esposto in precedenza (cfr. consid. 2.14.), nella decisione impugnata l’amministrazione ha correttamente evidenziato, da una parte, che, vista la domanda tardiva, l’inizio dell’erogazione delle prestazioni non poteva che decorrere dal 1° ottobre 2007 - “al più presto a partire dai dodici mesi precedenti il deposito della domanda di invalidità, come stabilito dall’ ex art. 48 LAI” – e, dall’altra, che dopo tre mesi dal peggioramento delle condizioni di salute, con conseguente totale inabilità lavorativa e lucrativa, in applicazione

dell'art. 88a OAI, l'interessato aveva diritto ad una rendita intera di invalidità - precisando che il diritto ad una rendita intera veniva riconosciuto "dal 1° novembre 2007, trascorsi 3 mesi (art. 88 OAI)", ma limitato al 31 dicembre 2008 e che "dal 1° giugno 2009, cioè dal momento del risorgere dell'invalidità, secondo quanto indicato dall'art. 29bis OAI, l'assicurato ha diritto ad una rendita intera di invalidità, sino al 31 maggio 2010 (anche in questo caso per 3 mesi - art. 88 OAI)", poi soppresso dato che "dal 1° giugno 2010, essendo riconosciuto allo stesso un grado AI massimo del 29% e non raggiungendo più questi la percentuale minima pensionistica del 40%, ulteriori prestazioni AI sottoforma di rendita non possono essere erogate" (doc. A4). Alla luce di quanto sopra esposto, vista l'indicazione da parte dell'amministrazione delle percentuali di capacità lavorativa residua dell'interessato, dei relativi gradi di invalidità e delle norme di legge applicabili in caso di miglioramento e peggioramento della capacità di guadagno - questione quest'ultima tecnica, sulla quale esiste abbondante giurisprudenza - il patrocinatore era quindi in grado di verificare la correttezza della decisione impugnata. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve quindi essere respinta. Il TCA rileva che neppure il presupposto dell'indigenza può essere considerato adempiuto nel caso di specie. Dalle carte processuali risulta che l'assicurato, sposato e padre di tre figli (_____, nata nel 1991, impiegata di commercio; _____, nato nel 1995, apprendista e _____, nata nel 1997, studentessa), è senza attività lucrativa; quali entrate, egli ha indicato un importo di fr. 66'647 ricevuto dall'Ufficio AI nel febbraio 2012 a titolo di rendita limitata nel tempo, comprensiva degli arretrati a decorrere dal 2008, oltre allo stipendio netto annuale della figlia _____, pari a fr. 29'342 (cfr. allegato al doc. VII) . Per stabilire lo stato di bisogno occorre prendere in considerazione l'intera situazione dell'istante, determinanti non essendo unicamente il suo reddito, bensì anche i suoi rapporti patrimoniali (DTF 124 I 1 consid. 2a, 120 Ia 179 consid. 3a). Qualora l'istante disponga di sostanza mobiliare occorre che la destini anche alla difesa dei suoi interessi, a meno che tale patrimonio non costituisca una riserva di soccorso per coprire i bisogni futuri della persona indigente (sentenza inedita del 6 maggio 1994 nella causa T., consid. 2c e rinvii; Piermarco Zen- Ruffinen, Assistance judiciaire et administrative: les règles minima imposées par l'article 4 de la Constitution fédérale, in: JdT 137/1989 I pag. 39; Christian Favre, L'assistance judiciaire gratuite en droit suisse, tesi, Losanna 1989, pag. 52). In tali circostanze, tenuto conto in particolare dell'entità della somma incassata dall'Ufficio AI, che consente all'assicurato, al momento attuale, di far fronte sia ai bisogni della famiglia, che al pagamento dell'onorario dell'avvocato (cfr. al riguardo STF 1P.659/2000 del 12 febbraio 2001, pubblicata in RDAT 2001 II n° 56 pag. 220) e considerato che è esigibile pretendere un contributo all'economia domestica da parte della figlia _____, che abita ancora con i genitori e percepisce un salario mensile di circa fr. 2'440 (cfr. allegati al doc. VII), l'assicurato non può essere considerato indigente.

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