

TI_GERICHTE 32.2013.56 vom 12. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.56

FR: TI_GERICHTE 32.2013.56 du 12 février 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.56 del 12 febbraio 2013

Regeste

L'amministrazione ha correttamente attribuito all'A. una mezza rendita dal 1.3.2011 al 31.12.2011, ma versata dal 1.6.2011 ex art. 29 LAI, e una rendita intera dal 1.7.2012 al 28.2.2013, sulla base delle valutazioni svolte in ambito LAINF

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011; STF 9C_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 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 LPGA, 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. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, 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%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA 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). 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). Secondo la giurisprudenza 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 e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

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 LPGa 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 LPGa (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha esposto i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative ed ha ribadito che 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. Alle stesse conclusioni è arrivato il TF in una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 nella quale l'Alta Corte ha ritenuto che il perito amministrativo non aveva documentato con il grado della verosimiglianza preponderante il miglioramento del disturbo depressivo ed ha rinviato gli atti al TCA al fine di allestire una perizia giudiziaria.

2.5. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; 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). 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). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.6. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). A finché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, 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. Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Nella decisione del 12 febbraio 2013 l'amministrazione ha attribuito all'assicurato una mezza rendita d'invalidità dal 1° marzo 2011 al 31 dicembre 2011, ma versata unicamente dal 1° giugno 2011 (sei mesi dopo l'inoltro della richiesta, ex art. 29 LAI) e una rendita intera dal 1° luglio 2012 al 28 febbraio 2013 sulla base della valutazione psichiatrica del Dr. _____ (doc. LAINF 51-1), di quella neurologica del Dr. _____ t (doc. LAINF 58-1) e della visita medica di chiusura del Dr. _____ (doc. LAINF 63-1). Il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 30 gennaio 2012, dopo aver esposto la situazione attuale e il decorso, le dichiarazioni dell'assicurato e l'esame clinico, ha posto la diagnosi di "Lieve sintomatologia depressiva associata ad un disturbo neuro-psicologico di entità moderata con riduzione della memoria" (doc. LAINF 51-5). Lo specialista ha concluso indicando che gli aspetti psichiatrici non comportano di per sé delle conseguenze sulla capacità e sul funzionamento lavorativo (doc. LAINF 51-6). Il Dr. _____, spec. FMH in neurologia, nella valutazione neurologica del 20 giugno 2012, al quesito dell'assicuratore infortuni sulle conseguenze, dal punto di vista neurologico e neuropsicologico, dell'infortunio del 31 marzo 2010 ha concluso indicando che non è giustificata una limitazione della capacità lavorativa nell'attività di muratore / aiuto giardiniere: "Die Unfallfolgen auf neurologischem und neuropsychologischem Fachgebiet können eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit als Maurer oder Hilfgärtner nicht begründen" (doc. LAINF 58-8). Il medico di _____ dell'_____, Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto di visita del 27 luglio 2012 ha posto la diagnosi di "infortunio del 31.03.2010 con trauma cranico. Ematoma sottodurale e frontotemporale destro con emorragia subaracnoidea e frattura della rocca petrosa sinistra con otorragia a sinistra. Trauma contusivo della spalla sinistra con frattura composta della scapola. Trauma distorsivo del pollice destro. Residuo di paresi del nervo facciale sinistro con lagofalmo a sinistra, ipoacusia percettiva a sinistra, iposmia e anosmia parziale. Nuovo trauma del 24.07.2012 con contusione del polso destro" (doc. LAINF 63-6/7). Il Dr. _____ ha concluso indicando che per quanto riguarda il primo infortunio del 31 marzo 2010 l'assicurato è da ritenersi abile nella misura del 100% dal 1° settembre 2012, sia per quanto riguarda i problemi neuropsicologici, sia per quelli somatici. In merito al secondo infortunio avvenuto il 24 luglio 2012 (distorsione del polso destro, doc. LAINF 60-1), il Dr. _____ ha invece rinviato ai risultati dell'artro-MRI al polso destro (doc. LAINF 63-7). L'artro-MRI al polso destro è stata eseguita il 30 luglio 2012 presso la Clinica _____ dove è stata diagnosticata una "Contusione ossea del semilunato. Impersegnale STIR del legamento scafo-lunato da possibile stiramento senza lesione totale visibile né diastasi. Lieve tendinite del tendine estensore ulnare del carpo. Edema inserzionale ulnare del complesso TFCC da possibile danno parziale inserzionale" (doc. LAINF 64-1). L'_____ ha quindi interpellato il Dr. _____, spec. FMH in chirurgia della mano, il quale – in data 6 settembre 2012 –riferendosi alla risonanza magnetica non ha rilevato segni di una patologia maggiore. Egli ha prescritto esercizi di fisioterapia e fissato un'inabilità al 100% (doc. LAINF 67-1). Il 27 novembre 2012 il Dr.

_____ ha evidenziato lo sviluppo di un'epicondilita radiale a destra e dichiarava il paziente abile al 50% dal 12 novembre 2012 (doc. LAINF 73-1). Lo specialista ha quindi dato l'indicazione della piena abilità lavorativa nel corso del mese di dicembre 2012 (doc. LAINF 70-1). Il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle valutazioni specialistiche svolte in ambito LAINF, che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. In sede ricorsuale il ricorrente ha prodotto la valutazione neurologica del 22 marzo 2013 del Dr. _____ il quale si è riconfermato nella propria precedente valutazione. Egli ha tuttavia proposto una valutazione neuropsicologica presso il Centro _____ (doc. I). Il TCA, con scritto del 6 novembre 2013, ha chiesto informazioni al legale dell'assicurato in merito all'espletamento di questa valutazione (doc. XI). Il 18 novembre 2013 l'insorgente ha prodotto la perizia neuropsicologica dell'_____ di _____ (doc. XII). Nel rapporto del 29 agosto 2013 la Dr.ssa _____ neuropsicologa perita SIM e il Prof. Dr. _____ t, neuropsicologo perito SIM, non hanno posto alcuna diagnosi neuropsicologica, rilevando chiari segni di aggravamento ("Aufgrund des Verdachts auf Aggravation können Minderleistungen somit nicht eindeutig einer organisch bedingten Minderfunktion zugeschrieben werden") e ritenendo perciò necessaria una rivalutazione psichiatrica (doc. XII). Valutazione psichiatrica che, su richiesta dell'insorgente (cfr. doc. XII), è stata svolta in data 4 novembre 2013 dal Dr. _____. Nel rapporto del 7 novembre 2013 il Dr. _____ ha posto la diagnosi di "Lieve sintomatologia ansiosa-depressiva associata ad un disturbo neuro-psicologico di entità moderata (F41.2). Molto probabilmente tendenza all'aggravamento e all'autolimitazione" (doc. XII, pag. 6). Secondo il medico interpellato dall'_____ la diagnosi posta non giustifica di per sé alcuna limitazione della capacità lavorativa come aiuto-giardiniere (doc. XII, pag. 7). Nelle annotazioni del 22 novembre 2013 il medico del SMR, Dr. _____, ha concluso che dalla nuova documentazione medica "non risulta una patologia oggettivamente giustificante una riduzione della CL nell'attività abituale di aiuto-giardiniere" (doc. XIV1). 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). In conclusione, rispecchiando le valutazioni svolte in ambito LAINF i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5.), le stesse possono essere utilizzate anche nella presente procedura. Per le sequele del primo infortunio l'_____ ha quindi riconosciuto i seguenti periodi d'inabilità al lavoro: - 100% dal 31 marzo 2010 al 29 agosto 2010; - 50% dal 30 agosto 2010 al 18 settembre 2011; - 25% dal 19 settembre 2011 al 31 agosto 2012; - 0% dal 1° settembre 2012. A seguito del secondo infortunio sono state invece riconosciute le seguenti inabilità (doc. AI 54-1): - 75% dal 27 luglio 2012 al 31 agosto 2012; - 100% dal 1° settembre 2012 all'11 novembre 2012; - 50% dal 12 novembre 2012 al 31 dicembre 2012 e piena abilità dal 1° gennaio 2013. 2.8. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo economico. Preliminarmente va ricordato che, secondo la

giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (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), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2011 e quelli del 2013, in quanto l'amministrazione ha soppresso la mezza rendita al 31 dicembre 2011 e la rendita intera al 28 febbraio 2013. 2.8.1. Per quanto riguarda la determinazione del reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), il TF nella sentenza 9C_501/2013 del 28 novembre 2013 ha rilevato che occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. sentenza 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso di specie, l'assicurato, dopo le scuole dell'obbligo in _____ (nessun diploma conseguito), ha lavorato in Svizzera dal 2002 alla fine di novembre 2010 presso la _____ di _____, quale aiuto giardiniere-muratore. Il 26 novembre 2010 la ditta è fallita (doc. AI 18-3). In considerazione di ciò, e richiamato quanto sopra esposto, il reddito da valido va determinato sulla base di dati statistici. In applicazione i dati statistici nazionali di cui alla Tabella TA1 2010, categoria 4, attività semplici e ripetitive p.to 02 "Silvicoltura" si ottiene un importo mensile di fr. 4'411.-- che riportato su 41.6 ore corrisponde a fr. 4'587.44 al mese, pari a fr. 55'049.28 all'anno che aggiornati al 2011 sono fr. 55'599.77 (+1,0% per il 2011), mentre al 2013 sono fr. 56'436.87 (+0,8% per il 2012; +0,7% per il 2013, stima trimestrale dell'ufficio federale di statistica). 2.8.2. 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). Nel caso concreto applicando i dati forniti dalla tabella TA1 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. 61'164.48 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). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (" Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2011 un reddito mensile di fr. 5'146.13 oppure di fr. 61'753.63 per l'intero anno (fr. 5'146.13 x 12), e fr. 62'289.22 (fr. 5'227.10 x 12), per il 2013. Ritenuto che, come visto in precedenza da un punto di vista medico l'assicurato, alla scadenza dell'anno di attesa (marzo 2011), era abile al 50% anche in attività adeguate, il reddito statistico va ridotto del 50% e ammonta a fr. 30'876.81 (fr. 61'753.63 ridotti del 50%) (sulla riduzione del reddito statistico da invalido da operare in due fasi cfr. le STF 8C_931/2010 del 26 gennaio 2011 e la STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009). 2.8.3. 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 del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, 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 pronuncia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, 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 del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, 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 pronuncia 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 costituisca 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.) Questa indicazione, posta sulla base dello studio della giurisprudenza federale, di accordare ad ognuno dei fattori di rilievo una decurtazione del 5%, è stata poi ribadita da questo Tribunale nella STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, nella quale il TCA - distanziandosi dalla prassi adottata autonomamente dall'Ufficio AI del Canton Ticino sulla base di una direttiva interna che prevede, tra l'altro, delle deduzioni percentuali varianti dall'1% al 10% in funzione delle limitazioni nel portare i pesi - ha evidenziato che l'applicazione della riduzione percentuale deve avvenire utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha confermato quanto stabilito da questo Tribunale, sviluppando le seguenti considerazioni: " (...) 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). In tali condizioni, rappresentando questo argomento già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione, non occorre verificare oltre l'altro motivo posto a fondamento della pronuncia impugnata e contestato in sede federale, ovvero quello dell' (in) applicabilità di una direttiva amministrativa interna che regoli autonomamente per il proprio Cantone le riduzioni sul reddito statistico da invalido. 5.6. L'UAI si richiama del resto a torto alle sentenze 9C_390/2011 del 2 marzo 2012 e 9C_299/2011 del 21 novembre 2011 per invocare l'esistenza di prassi parallele in altri cantoni. In realtà dalle citate sentenze non emerge nulla di tutto ciò. La "feuille de calcul" menzionata in dette sentenze null'altro è se non il calcolo interno dell'invalidità che precede l'emanazione della decisione amministrativa. Per il resto, è sufficiente il rilievo che anche in quelle vertenze, laddove applicata, la riduzione effettuata dall'ufficio AI interessato corrispondeva a un multiplo di 5." 2.8.4. In concreto, l'amministrazione ha applicato una riduzione dell'8% per fattori sociali (doc. AI 38-7). 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).” Nel caso di specie, alla luce di quanto stabilito dal Tribunale federale nella sentenza del 26 agosto 2013 (cfr. consid. 2.8.3.), il TCA non può quindi condividere la scelta dell’Ufficio AI di applicare una riduzione dell’8% per fattori sociali, ma ritiene corretta una riduzione del 10%. Procedendo quindi al raffronto dei redditi, per quanto riguarda il periodo dal mese di marzo 2011, partendo da un salario da invalido di fr. 30'876.81, ritenuta un’esigibilità dal profilo medico del 50%, e ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell’insorgente ammonta, quindi, a fr. 27'789.12, confrontando ora questo dato con l’ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 55'599.77 (consid. 2.8.1.) emerge un tasso d’invalidità del 50%, percentuale che dà diritto ad una mezza rendita d’invalidità. Si rileva che l’assicurato conserva, a partire da marzo 2011, una capacità lavorativa residua del 50% anche nella sua precedente attività di aiuto giardiniere, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 50% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che, come indicato dall’UAI, l’incapacità lucrativa del ricorrente ammonta al 50% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008; STF 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009), percentuale che dà diritto anche in questo caso alla mezza rendita di invalidità. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un’assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l’Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C_444/2009 del 16 settembre 2009, nella quale il TF, confermando la precedente sentenza 32.2008.73 del 23 aprile 2009 del TCA, ha confermato il diritto ad una mezza rendita di invalidità per un assicurato, abile al lavoro al 50% sia nella sua attività, sia in altre; in una sentenza 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009 per un’assicurata inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Per quanto riguarda il periodo dal mese di settembre 2011, l’assicurato è ritenuto abile al 75% in ogni attività (cfr. consid. 2.7.). Ritenuto che l’assicurato è abile al 75% anche in attività adeguate, il reddito statistico è ridotto del 25% e corrisponde a fr. 46'315.20 (fr. 61'753.63 ridotti del 25%) (sulla riduzione del reddito statistico da invalido da operare in due fasi cfr. le STF 8C_931/2010 del 26 gennaio 2011 e la STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009). Procedendo al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 46'315.20, ritenuta un’esigibilità dal profilo medico del 75%, e ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell’insorgente ammonta, quindi, a fr. 41'683.68, confrontando ora questo dato con l’ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 56'436.87 (consid. 2.8.1.) emerge un tasso d’invalidità del 26,1% arrotondato al 26% 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 d’invalidità, come stabilito nella decisione impugnata. L’assicurato conserva, a partire da settembre 2011, una capacità lavorativa residua del 75% nella sua precedente attività di aiuto giardiniere, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 25% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che, come indicato dall’UAI, l’incapacità lucrativa del ricorrente ammonta

al 25% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008; STF 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009), percentuale che non dà diritto anche in questo caso a una rendita di invalidità. Le prestazioni dell'assicurato vanno dunque soppresse a partire dal 1° gennaio 2012, in applicazione dell'art. 88a OAI, ovvero tre mesi dopo il miglioramento. In considerazione dell'inabilità lavorativa del 75% dal 27 luglio 2012 al 31 agosto 2012 e del 100% dal 1° settembre 2012 all'11 novembre 2012 (cfr. consid. 2.7.) l'UAI ha quindi attribuito una rendita intera d'invalidità a partire dal 1° luglio 2012 sino al 28 febbraio 2013. L'assicurato è infatti ritenuto abile al 50% in ogni attività dal 12 novembre 2012 al 31 dicembre 2012 e pienamente abile dal 1° gennaio 2013 (cfr. consid. 2.7.). Procedendo al raffronto dei redditi, partendo da un salario da invalido di fr. 62'289.22, ritenuta un'esigibilità dal profilo medico del 100%, e ammettendo la riduzione del 10%, il reddito ipotetico dell'insorgente ammonta, quindi, a fr. 56'060.29, confrontando ora questo dato con l'ammontare del reddito da valido nel medesimo anno di fr. 56'436.87 (consider. 2.8.1.) emerge un tasso d'invalidità dello 0,6% arrotondato all'1% 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 anche in questo caso ad una rendita d'invalidità, come stabilito nella decisione impugnata. Le prestazioni dell'assicurato vanno soppresse a partire dal 1° marzo 2013, 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 (cfr. STF 9C-971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1). Il miglioramento dell'assicurato è infatti da ricondurre al 12 novembre 2012 con l'abilità fissata al 50% sino al 31 dicembre 2012 e la piena abilità dal 1° gennaio 2013 (cfr. accertamento del TCA, doc. XVI, XVII). Di conseguenza l'assicurato ha diritto a una mezza rendita d'invalidità dal 1° marzo 2011 al 31 dicembre 2011, ex art. 88a OAI, versata unicamente dal 1° giugno 2011 secondo l'art. 29 LAI, e una rendita intera dal 1° luglio 2012 al 28 febbraio 2013. La decisione del 12 febbraio 2013 merita quindi conferma. 2.9. L'assicurato nel proprio atto ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di ulteriori accertamenti medici specialistici (perizia pluridisciplinare) (doc. I, pag. 7, doc. XII, pag. 4). 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). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.10. 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. 2.11.). 2.11. In data 21 marzo 2013 il ricorrente ha 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). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalle carte processuali risulta che il ricorrente, celibe, dispone quali entrate dello stipendio percepito presso _____ (contratto a ore) di fr. 27.-- lordi all'ora. Agli atti figurano i conteggi salariali dei mesi di dicembre 2012, gennaio 2013, febbraio 2013 e marzo 2013 che attestano un salario netto di rispettivamente fr. 3'351.20 (dicembre 2012), fr. 2'155.30 (gennaio 2013), fr. 2'155.30 (febbraio 2013) e fr. 3'230.50 (marzo 2013), per un importo medio di fr. 2'723.07. Il reddito dell'assicurato ammonta dunque a fr. 2'723.07. Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'assicurato deve essere applicato l'importo base mensile per debitore che vive da solo pari a fr. 1'200.-- stabiliti per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento, quale Autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questi importi comprendono già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri dome-stici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecuti-vo; cfr., pure, Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000, in B1SchK 2001, p. 19). Al minimo esecutivo va aggiunto un supplemento al massimo del 15-25%, secondo la giurisprudenza citata. In casu, aggiungendo all'importo di base di fr. 1'200.-- il supplemento del 25%, il premio dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie di fr. 285.65 e la pigione dell'appartamento a _____ di fr. 500.-- + 80.-- si ottiene un importo di fr. 2'365.65. Non possono invece essere ritenute le spese per l'auto (rate del leasing e RC auto). A tale proposito va rilevato che è principio giurisprudenziale e dottrinale indiscusso che le spese fisse e correnti connesse all'uso di un'automobile

rientrano nel minimo di esistenza del debitore solo se il veicolo viene dichiarato impignorabile in virtù dell'art. 92 n. 3 LEF, ossia se gli è necessario per l'esercizio della sua professione (DTF 117 III 22, 104 III 73, 97 III 52; Guidicelli/Piccirilli, Il pignoramento di redditi ex art. 93 LEF nella pratica ticinese, Lugano 2002, n. 171 ss), ciò che non corrisponde al caso in esame. Disponendo dunque di un'eccedenza, il requisito dell'indigenza non è dato. Non dovendo di conseguenza essere esaminati gli altri requisiti, l'istanza di assistenza giudiziaria dev'essere respinta.

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