

## **TI\_GERICHTE 32.2013.71 vom 5. März 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-03-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.71](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.71)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.71 du 5 mars 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.71 del 5 marzo 2013

### **Regeste**

Rinvio per ulteriori approfondimenti della patologia psichiatrica e un aggiornamento di quella reumatologica/ortopedica. Dal profilo economico, per il tramite del consulente, va definito l'esatto mansionario dell'A. per stabilire se l'attività svolta corrisponde a quanto svolgeva prima del danno

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

gennaio 2014 l'Alta Corte ha precisato:

#### **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 RDAT 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. Il TCA è chiamato a stabilire se a ragione oppure no l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato un quarto di rendita d'invalidità dal 1° aprile 2010 al 30 giugno 2010, una rendita intera dal 1° luglio 2010 al 31 gennaio 2011 e una mezza rendita dal 1° febbraio 2011 sino al 31 gennaio 2013. 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 sino 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). 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 LPG, 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. 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). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato 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. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag.

182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 , pag. 10 consid. 3b)." 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 (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 254-257). 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 - rientrando 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)." 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 9C\_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: "(...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori

che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) Il Tribunale Federale, in una sentenza 9C\_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in DTF 137 V 64, ha poi esteso l'applicazione della giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico. In tale contesto l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische ununfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” A ffinché 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. CFP, 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 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. 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).

2.4. 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). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati in una sentenza 8C\_104/2007 del 28 marzo 2008 nella quale il Tribunale federale ha sottolineato che: " Per quanto concerne in particolare 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 proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 e riferimenti)." 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).

2.5. Nel caso di specie, l'Ufficio AI, al fine di valutare lo stato di salute dell'interessato, ha fatto riferimento in primo luogo alla perizia del 31 maggio 2011 svolta dal Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, per conto dell'assicuratore malattia \_\_\_\_\_, il quale ha posto la seguente diagnosi: " Sindrome cervicobrachiale persistente a destra con notevole irritabilità meccanica dei segmenti cervicali bassi in/con: . \_\_\_\_\_ esiti da microdiscectomia C6/7, decompressione radicolare C7 a \_\_\_\_\_ destra e posizionamento di cage intersomatica (27.04.2010) per \_\_\_\_\_ sindrome cervicoradicolare C7 irritativa e deficitaria con probabile \_\_\_\_\_ danno radicolare residuale di C7; . \_\_\_\_\_ alterazioni degenerative contenute (discopatia C5/6, possibile \_\_\_\_\_ spondilartrosi C6/7).  
- \_\_\_\_\_ Esiti da diversi infortuni con molteplici interventi chirurgici al ginocchio destro, spalla destra, gomito sinistro; stato dopo fratture \_\_\_\_\_ dei calcagni trattate conservativamente" (doc. LaMal 53-5). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi indicato un'inabilità lavorativa del 50% nell'attività svolta dall'assicurato, mentre in un'attività adeguata conforme alle sue limitazioni egli potrebbe raggiungere una capacità massima del 70% (rendimento ridotto del 30% a causa dei dolori) (doc. LaMal 53-8, 54-1). Su indicazione del Dr. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale (SMR) dell'AI (doc. AI 80-1), l'amministrazione ha predisposto, nel mese di aprile 2012, una nuova valutazione reumatologica ad opera del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 81-1). Nel rapporto peritale del 24 giugno 2012 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medicina interna, ha posto la seguente diagnosi: " Sindrome panvertebrale cronica con componente cervicospondilogeno bilaterale prevalentemente a destra in - Alterazioni degenerative della colonna cervicale con esiti da \_\_\_\_\_ microdiscectomia C6/C7 con decompressione radicolare di C7, \_\_\_\_\_ posizionamento di gabbia intersomatica, il 27.4.2010 - Tendenza fibromialgica (5 su 18 punti fibromialgici positivi) - Disturbi statici del rachide (ipercifosi prolungata della dorsale, con \_\_\_\_\_ protrazione del capo, lordosi lombare corta, scoliosi sinistro- \_\_\_\_\_ convessa dorsale, destroconvessa lombare. Esiti da interventi chirurgici ripetitivi alla spalla destra. Esiti da ricostruzione di rottura tendinea del muscolo tricipite a \_\_\_\_\_ sinistra. Genua vara, con - Probabile gonartrosi bilaterale - Esiti da molteplici interventi chirurgici al ginocchio destro

dopo infortuni. Stato dopo frattura dei calcagni, trattata conservativamente." (doc. AI 85-11/12). Il perito ha concluso indicando che in considerazione del mansionario lavorativo, progressivamente adattato dal datore di lavoro allo stato di salute dell'assicurato, e dei limiti funzionali e di carico fissati, RI 1 è ritenuto abile al lavoro in una giornata lavorativa normale con una diminuzione del rendimento del 25%, al più tardi dalla data della perizia (24 giugno 2012). In un'attività a tempo parziale (l'assicurato percepisce una rendita dall'\_\_\_\_\_ del 20%) la diminuzione del rendimento per le ore effettive è invece del 20% (doc. AI 85-12). Per quanto riguarda la patologia psichiatrica l'insorgente è stato valutato dal medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nel rapporto del 25 luglio 2012 ha escluso la presenza di segni o sintomi di patologia psichiatrica maggiore, con o senza influenza sulla capacità lavorativa (doc. AI 88-7). Nel rapporto finale del SMR del 2 agosto 2012 il Dr. \_\_\_\_\_ ha ripreso la diagnosi e i gradi d'inabilità lavorativa indicati dal perito Dr. \_\_\_\_\_. Nelle osservazioni conclusive il medico del SMR ha rilevato che lo stato clinico non ha presentato delle significative modifiche rispetto a quanto valutato dal Dr. \_\_\_\_\_ "... e la differenza rispetto a quanto era stato allora asserito dipende dal più adeguato mansionario esposto dal datore di lavoro" (doc. AI 89-4). Dalla documentazione medica agli atti emergono quindi i seguenti periodi d'inabilità lavorativa nell'abituale attività: - 100% dal 7 gennaio 2010 al 5 settembre 2010 - 50% dal 6 settembre 2010 al 26 settembre 2010 - 100% dal 27 settembre 2010 al 8 novembre 2010 - 50% dal 9 novembre 2010 al 1° dicembre 2010 - 100% dal 2 dicembre 2010 al 16 gennaio 2011 - 50% dal 17 gennaio 2011 al 23 giugno 2012 - 75% dal 24 giugno 2012. Mentre in un'attività adeguata l'assicurato è ritenuto abile al 70% dal 30 maggio 2011 (Dr. \_\_\_\_\_) e all'80% dal 24 giugno 2012 (Dr. \_\_\_\_\_). In data 18 agosto 2012 l'assicurato ha subito un nuovo infortunio che ha determinato un'inabilità lavorativa totale dal 20 agosto 2012 al 14 ottobre 2012 (doc. AI 102-1). Sulla base di quanto sopra l'amministrazione ha attribuito all'assicurato un quarto di rendita d'invalidità dal 1° aprile 2010 al 30 giugno 2010, una rendita intera dal 1° luglio 2010 al 31 gennaio 2011 e una mezza rendita dal 1° febbraio 2011 al 31 gennaio 2013. 2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto sia l'aspetto medico, che quello economico, non sono stati chiariti in modo soddisfacente. 2.6.1. Per quanto riguarda l'aspetto reumatologico, in sede di osservazioni al progetto di decisione del 5 novembre 2012 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale e medicina del lavoro, con scritto del 22 novembre 2012 non ha posto una diversa diagnosi rispetto a quanto ha indicato il perito Dr. \_\_\_\_\_, ma ha contestato il grado d'inabilità lavorativa fissato da quest'ultimo, in particolare la riduzione del rendimento del 25%. A suo dire la resa dell'assicurato raggiunge forse il 50% con una presenza sul posto di lavoro variabile tra l'80% e il 90%. Il medico curante ha inoltre evidenziato un peggioramento del quadro psichico (doc. AI 106-2). Va rilevato tuttavia che già il Dr. \_\_\_\_\_ nella perizia del 31 maggio 2011 si era espresso in maniera analoga fissando un'inabilità lavorativa del 50% nell'attività svolta e indicando che RI 1 avrebbe potuto raggiungere una capacità massima del 70% (rendimento ridotto del 30%) (doc. LaMal 53-8, 54-1). Anche il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle annotazioni del 2 agosto 2012, ha rilevato che lo stato clinico non ha presentato delle significative modifiche rispetto a quanto valutato dal Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 89-4). Il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR – in data 18 giugno 2013 – ha precisato che dal punto di vista reumatologico va definito

l'esatto mansionario di RI 1 in seno al \_\_\_\_\_, in quanto lo stato di salute dell'assicurato tra la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ e quella del Dr. \_\_\_\_\_ " di fatto non è cambiato, la differente valutazione della IL si spiega con un mansionario differente " (doc. X1). Di conseguenza il grado d'inabilità lavorativa per l'aspetto reumatologico andrà fissato dopo la definizione esatta del mansionario lavorativo di RI 1 da parte del consulente in integrazione professionale (cfr. consid. 2.7.). 2.6.2. Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico, con scritto del 5 giugno 2013 il ricorrente ha prodotto il certificato medico datato 3 giugno 2013 del Dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale e medicina sportiva SSMS, il quale ha posto la diagnosi di " Sindrome cervico-brachiale persistente a dx con notevole irritabilità meccanica dei segmenti cervicali bassi in/con: esiti da microdiscectomia C6-C7, decompressione radicolare C7 a dx, posizionamento di cage intersomatica al 27.4.2010 per sindrome cervico-radicolare C7 irritativa e deficitaria con probabile danno radicolare residuale di C7. Alterazioni degenerative contenute (discopatia C5-C6, possibile spondilartrosi C6-C7). Esiti da diversi infortuni con molteplici interventi chirurgici al ginocchio dx, spalla dx, gomito sx. Stato dopo frattura del calcagno bilaterale trattata conservativamente. Disturbo depressivo maggiore in una personalità con difficoltà a controllare gli impulsi " (doc. M). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato un'inabilità lavorativa al 50% dal mese di gennaio 2010 nell'abituale attività, per le problematiche ortopediche/reumatologiche/neurochirurgiche. Dal mese di febbraio 2013 il medico ha riferito di un peggioramento dei disturbi di tipo miofasciale cervicale " e soprattutto l'aggravarsi di una reazione ansioso-depressiva reattiva che si manifesta con irritabilità dell'umore, reattività verbale, difficoltà nel controllare gli impulsi ", in seguito alla decisione dell'AI. Il paziente ha iniziato un trattamento farmacologico e viene trattato da un medico specialista (Dr. \_\_\_\_\_). Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi indicato l'inabilità lavorativa completa (doc. M). A seguito di questa certificazione l'Ufficio AI, su segnalazione del Dr. \_\_\_\_\_ e del SMR, con le osservazioni del 21 giugno 2013 ha postulato il rinvio degli atti per un aggiornamento a livello psichiatrico e per quanto concerne l'aspetto reumatologico la definizione del mansionario lavorativo (doc. X+1). Queste conclusioni possono essere fatte proprie dal TCA. 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 5 marzo 2013 – 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 referto del Dr. \_\_\_\_\_ è del 3 giugno 2013, tuttavia egli ha rilevato un peggioramento del quadro psichico dal mese di febbraio 2013 (doc. M). Peggioramento riscontrato dal Dr. \_\_\_\_\_ già nel referto del 22 novembre 2012 quando indicava una situazione – sul piano psichico – che " rischia di diventare a breve una causa preponderante di una invalidità non solo parziale ma completa " (doc. AI 106-2). Secondo questa Corte, il referto del Dr. \_\_\_\_\_ va perciò preso in considerazione, in quanto visto il breve periodo di tempo intercorso tra la decisione impugnata e il referto, non si può escludere che faccia riferimento ad un quadro clinico antecedente al provvedimento contestato. Conclusione corroborata dalla certificazione del Dr. \_\_\_\_\_. Il certificato del Dr. \_\_\_\_\_ è dunque suscettibile di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 5 marzo 2013 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). L'amministrazione dovrà dunque ulteriormente approfondire la patologia psichiatrica, nonché aggiornare quella reumatologica / ortopedica – visti anche

i referti del 12 e del 16 dicembre 2013 del Dr. \_\_\_\_\_ e le osservazioni dell'UAI (doc. XV, XVII, XXI+O) –, tramite una valutazione specialistica. Infine andrà, se del caso, analizzata la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi di incapacità lavorativa attestati dal reumatologo e dallo psichiatra sulla capacità lavorativa del ricorrente.

2.7. Nella decisione impugnata l'UAI ha soppresso la rendita intera con effetto dal 1° febbraio 2013 sulla base di un'abilità lavorativa al 75%, fissata nella valutazione peritale del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 85-1), e di un'esigibilità sul posto di lavoro della medesima percentuale (doc. AI 104-1). In considerazione del fatto che l'assicurato ha mantenuto la propria occupazione presso il Consorzio \_\_\_\_\_, l'UAI aveva ritenuto giustificato far corrispondere il grado d'inabilità lavorativa alla perdita di guadagno. Tuttavia, nello scritto del 5 aprile 2013 il datore di lavoro rispondendo alla domanda del rappresentante dell'assicurato, se a suo giudizio una capacità lavorativa del 75% è esigibile, questi ha risposto negativamente “ sia per i noti problemi fisici che limitano la resa del dipendente, sia perché le nuove mansioni non potrebbero raggiungere un'occupazione superiore al 50%” (doc. H). L'Ufficio AI ha quindi postulato il rinvio degli atti per stabilire – tramite una valutazione economica del consulente in integrazione professionale – se vi siano posti di lavoro accessibili nella sua abituale attività, e in caso negativo, quali attività adeguate siano esigibili dall'assicurato (doc. IV). Il TCA condivide il rinvio chiesto dall'amministrazione. Su questo tema va ricordato che il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C\_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5). A i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve quindi fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht, op cit., p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (ZAK 1989 p. 322 consid. 4a; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 124). D'altra parte, va ricordato che in relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa - conformemente a un principio generale vigente anche nel diritto delle assicurazioni sociali - all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze di una sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, op. cit., p. 221). In una sentenza 9C\_512/2013 del 16 gennaio 2014 l'Alta Corte ha precisato: " (...) 5.2.1. Comme le soutient ensuite le recourant, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes

de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64). Alla luce di quanto sopra, l'Ufficio AI, per il tramite del consulente in integrazione professionale, dovrà innanzitutto definire l'esatto mansionario dell'assicurato in seno al Consorzio \_\_\_\_\_, in particolare il consulente dovrà stabilire se l'attività lavorativa effettivamente svolta dall'assicurato, al momento dell'emanazione della decisione impugnata, corrisponde a quanto egli svolgeva prima del danno alla salute. Questo permetterà poi di stabilire il grado d'inabilità lavorativa nell'abituale professione (cfr. consid. 2.6.1.). Una volta esperito tale accertamento, l'Ufficio AI dovrà valutare se è ancora esigibile l'attività lavorativa abituale dell'assicurato. Se non sono più accessibili posti di lavoro nel settore d'impiego abituale, l'amministrazione dovrà determinare quali altre attività sono esigibili. In quest'ultima ipotesi l'amministrazione dovrà procedere al raffronto dei redditi per fissare il grado d'invalidità. 2.8. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.4.) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto gli approfondimenti a livello medico ed economico come indicato ai consid. 2.6 e 2.7. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. 2.9. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, rappresentato dalla RA 1, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili. 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.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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