

# TI\_GERICHTE 32.2014.167 vom 6. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.167](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.167)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.167 du 6 octobre 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.167 del 6 ottobre 2014

## Regeste

Riduzione della rendita AI per un periodo e, successivamente, soppressione della stessa decisa dall'UAI sulla base della valutazione del SMR non può essere confermata dal TCA. Necessario un approfondimento medico peritale per stabilire se vi è stato o meno un miglioramento dello stato di salute

## Erwägungen

### E. 1

non è valutabile da parte nostra a livello di rendimento in quanto non ha una formazione di base nel settore in cui ha svolto l'■ accertamento ■, aggiungendo che dovendo ■ definire il rendimento complessivo, non a livello economico ■, vi è stata una riduzione del rendimento del 10%-15% su un tasso di presenza effettiva del 76% rispetto ai 34 giorni di accertamento previsti, precisando che la riduzione di presenza è stata causata dai problemi alla schiena che sono insorti e ■ che richiedono una verifica attraverso un parere specialistico ■ (doc. 77-1, sottolineature della redattrice).

Già alla luce di queste considerazioni espresse dalla responsabile formazione della FTIA, questo Tribunale non condivide la conclusione alla quale è giunto l'■ Ufficio AI nella decisione impugnata di una capacità lavorativa residua dell'■ interessato, in attività adatte, completa e con una riduzione del rendimento del 15%, poiché tale quantificazione non tiene conto del fatto che, oltre alla riduzione del rendimento, dall'■ accertamento presso la FTIA è emersa anche una riduzione del tempo di presenza dell'■ assicurato.

Questo Tribunale ritiene, pertanto, che già solo tenendo conto di quanto emerso a seguito degli accertamenti professionali citati, risultava indispensabile per l'■ Ufficio AI disporre dopo la perizia del dr. \_\_\_\_\_ di una ulteriore accurata valutazione peritale di natura medica, atta a stabilire la ■ reale ■ capacità lavorativa residua dell'■ assicurato sfruttabile sul mercato equilibrato del lavoro, tenuto conto dell'■ insieme delle patologie che lo affliggono.

Va infatti evidenziato che, secondo un'■ affermata giurisprudenza federale, i dati medici permettono generalmente un apprezzamento oggettivo del caso, di modo che essi prevalgono sulle constatazioni compiute in occasione di uno stage d'■ osservazione professionale, le quali sono suscettibili di essere state influenzate da fattori soggettivi legati al comportamento della persona assicurata nel corso dello stage (cfr. STF 9C\_891/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3, 9C\_426/2011 del 14 dicembre 2011 consid. 4.3 e 8C\_776/2009 del 19 luglio 2010 consid. 52 e riferimenti ivi menzionati).

Il TCA non può, tuttavia, considerare tale la valutazione eseguita in data 18 novembre 2013 dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. 82-1), il quale ha, in maniera succinta, constatato che dagli accertamenti espletati è risultato un rendimento superiore a quanto valutato nella perizia reumatologica del dr. \_\_\_\_\_, aggiungendo che ■ tale miglioramento del

rendimento appare medicalmente plausibile in riferimento ad una attività adeguata allo stato funzionale ■ (doc. 82-1).

Questa motivazione, del tutto generica e non supportata da adeguati riscontri oggettivi, oltretutto decisamente contestata dal patrocinatore del ricorrente tramite la presentazione di documentazione medica, non può essere considerata sufficiente da questo Tribunale al fine di verificare se effettivamente vi sia stato ■ e se del caso in quale misura - oppure no un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato, tale da giustificare la soppressione, dal 1° agosto 2013, della mezza rendita di invalidità riconosciutagli sulla base del grado di abilità lavorativa attestata in sede peritale dal dr. \_\_\_\_\_.

Appare, infatti, di fondamentale importanza stabilire se, rispetto alla valutazione peritale reumatologica del 2011 del dr. \_\_\_\_\_, lo stato di salute dell'interessato è migliorato, come considerato dal SMR, oppure no, come sostenuto dal dr. \_\_\_\_\_.

Ritenuta l'importanza della determinazione dell'evoluzione delle patologie dell'interessato e dell'influsso delle stesse sulla sua capacità lavorativa residua rispetto a quanto valutato nella perizia reumatologica del 5 dicembre 2011 dal dr. \_\_\_\_\_, il TC Aritiene imprescindibile la messa in atto di un approfondimento peritale, che tenga in debita considerazione anche quanto attestato dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 1° settembre 2014.

2.7. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.5.), il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronunzia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio.

Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni:

"( ).

4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen.

4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweissmassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der

Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch.

4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern.

4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)."(DTF 137 V 263-265)

In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 - emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPG:

"Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)."(STF 8C\_59/2011 consid. 5.2)

Nella presente fattispecie, il TCA constata che l'Ufficio AI ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere del suo medico interno (dr. \_\_\_\_\_ del SMR).

In un caso del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGA (cfr., in questo senso, STF 8C\_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2., STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid.2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid. 2.9 e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo "Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales" in CGRSS n. 50 ■ 2014 pag. 137 seg. n. 15 pag. 140).

Quindi, in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato.

In conclusione, la decisione del 6 ottobre 2014 va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto quanto appena esposto.

2.8. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, rappresentato da un patronato, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili.

2.9. 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, ciò che rende priva d'oggetto la richiesta di essere esonerato dal pagamento delle spese processuali formulata dall'assicurato in sede ricorsuale (cfr. doc. I).

#### **E. 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 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 é 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). L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che " Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio federale ha concluso una convenzione " e al cpv. 2 che " i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio ". Per mettere in pratica quanto prescritto all'art. 72bis cpv.2 OAI l'UFAS ha allestito il sistema di attribuzione "Suisse MED@P" (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous?" in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271). In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.). A proposito dei rapporti del medico curante, l'Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc). La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.; 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti; 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.). Il Tribunale federale ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza

9C\_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in “Les expertises en droit des assurances sociales”, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008). 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. Nella decisione del 6 ottobre 2014 l'amministrazione ha attribuito all'assicurato una rendita intera d'invalidità a far tempo dal 1° ottobre 2010 fino al 31 luglio 2011 e una mezza rendita di invalidità dal 1° agosto 2011 fino al 31 luglio 2013 (versata unicamente a partire dal 1° agosto 2011 vista la richiesta tardiva presentata dall'interessato), sulla base della valutazione del dr. \_\_\_\_\_ del SMR. Tema del contendere è dunque la riduzione, dal 1° agosto 2011, a mezza rendita e la soppressione, con effetto dal 1° agosto 2013, della rendita intera d'invalidità erogata a RI 1. Dagli atti di causa risulta che l'Ufficio AI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, ha affidato il compito di esperire una perizia reumatologica al dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e medicina interna. Nel referto peritale del 5 dicembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “sindrome lombovertebrale cronica senza neurologia su/con: intervento decompressivo L4-L5 per ernia discale mediana nel 1992; intervento di fissazione L4-L5-S1 con viti transpeduncolari e gabbiette intersomatiche il 31.3.2010”, mentre, quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, ha indicato quelle di “esiti di PSH dx su tendinite del sopraspinoso e borsite sottoacromiale/deltoidea 2009, guarita senza sequele; cardiopatia ischemica con STENT per occlusione del RIVA (2010); ipertensione arteriosa, retinopatia ipertensiva, nefrangiosclerosi; iperlipidemia; epatopatia steatosica; ernia iatale con pregressa esofagite e gastrite HP+ (2009); esiti di ustioni estese (2007)” (doc. 39/7-8). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato l'interessato, nella sua precedente attività di imbianchino, inabile al lavoro all'80% a partire dal mese di ottobre 2009, probabilmente in maniera definitiva. Nello svolgimento di altre attività, leggere, variate e rispettose delle sue limitazioni funzionali, il dr. \_\_\_\_\_ ha per contro considerato che, a partire dal 1° aprile 2011, l'assicurato vada ritenuto abile al lavoro nella misura di 5 ore al giorno, ripartite tra mattina e pomeriggio, aggiungendo che “l'orario di lavoro è ridotto a causa di una affaticabilità del paziente, verosimilmente nel contesto di una insufficienza della muscolatura paraspinale” (doc. 39-11). Alla luce di tale valutazione peritale, nel rapporto finale SMR del 9 dicembre 2011, il dr. \_\_\_\_\_, FMH medico generico, SIM attestato medico perito e medico SMR, dopo avere ripreso le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa, ha considerato che l'assicurato, nella sua professione abituale di imbianchino, è da ritenere inabile al lavoro all'80% dal mese di ottobre 2009 e continua. Il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha, per contro, ritenuto che nello svolgimento di attività leggere adeguate l'assicurato debba essere considerato inabile al lavoro al 40% (presenza normale con rendimento ridotto) a partire dal 1° aprile 2011 e continua (doc. 40-2). Quali osservazioni conclusive, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha indicato che “complessivamente si può constatare che dal lato obiettivo la situazione è senz'altro soddisfacente, dal lato

soggettivo l'assicurato presenta ancora dei disturbi caratterizzati principalmente da una messa in moto difficoltosa al mattino, da una scarsa caricabilità e da un'affaticabilità del dorso. La professione di imbianchino è praticamente inesigibile se si escludono lavori di piccola entità" (doc. 40-3). Alla luce della valutazione dell'esigibilità lavorativa residua dell'interessato effettuata dal medico del SMR sulla base della valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_, il consulente in integrazione incaricato, nel rapporto del primo incontro del 28 marzo 2012, ha proposto di sottoporre l'assicurato ad un periodo di accertamento professionale presso il Centro di accertamento professionale CAP di \_\_\_\_\_ (doc. 47). Al termine del citato periodo di accertamento, nel rapporto del 15 luglio 2012, il dr. \_\_\_\_\_ del CAP ha concluso che: " (...) Conclusioni Essendo ancora in corso degli accertamenti medici e avendo l'A., per il periodo trascorso al CAP, manifestato una tenuta sull'arco della giornata diversa (superiore) da quanto descritto medicalmente, si ritiene che l'effettiva resa lavorativa, sia in vista di un inserimento diretto sul mercato del lavoro, sia in previsione di un percorso formativo in apprendistato, sia da valutare nella pratica professionale effettiva. In conclusione, l'A. ha dimostrato di avere un potenziale interessante per intraprendere un percorso di reinserimento professionale sia direttamente nel mercato del lavoro (eventualmente abbinato a delle formazioni su misura) sia beneficiando di una riqualifica professionale." (Doc. 52/8-9) Nel rapporto intermedio del 12 dicembre 2012, il consulente IP incaricato ha prospettato all'assicurato la possibilità di svolgere un accertamento professionale presso la FTIA di \_\_\_\_\_, al fine di avere delle competenze nel ramo del commercio e per potere "definire l'abilità lavorativa come da conclusioni del CAP di \_\_\_\_\_" (doc. 62-1). Nel rapporto del 29 maggio 2013 relativo all'accertamento professionale svolto dal 4 marzo 2013 al 28 aprile 2013, la responsabile formazione della FTIA ha osservato: " (...) Conclusioni Per quanto da noi osservato, riteniamo che se si dovesse immaginare un'occupazione lavorativa nel settore amministrativo, il signor RI 1 deve seguire una formazione completa. Le competenze pratiche emerse non sono sufficienti per l'esercizio della professione di impiegato di commercio. Come già indicato sopra, se si dovesse scegliere un percorso formativo in questo ambito, sarebbe opportuno verificare, attraverso un percorso di accertamento più lungo, se ha tutti i requisiti di base necessari per intraprendere un percorso formativo completo (per esempio tirocinio triennale)." (Doc. 74-2) Vista l'indicazione, nel rapporto FTIA, di problemi cardiovascolari con intervento chirurgico che hanno comportato dei periodi di assenza dal posto di lavoro, il funzionario incaricato dell'UAI ha chiesto al SMR di precisare se "tali problemi sono da ricondurre ad una situazione già conosciuta oppure se sono necessari ulteriori accertamenti medici" (doc. 75-1). Nell'annotazione del 10 giugno 2013, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha risposto che i disturbi in questione "rientrano nella sintomatologia del quadro clinico a noi noto e valutato a tal proposito" (doc. 76-1). In data 27 giugno 2013, la responsabile formazione FTIA ha ancora comunicato all'UAI quanto segue: " (...) Come da noi segnalato nel rapporto sopra indicato, la capacità produttiva del signor RI 1 non è valutabile da parte nostra a livello di rendimento, in quanto non ha una formazione di base nel settore in cui ha svolto l'accertamento. Sulla richiesta esplicita di definire il rendimento complessivo, non inteso a livello economico, possiamo esprimere le seguenti considerazioni: - durante le ore di lavoro ha svolto la sua attività con impegno, concentrazione e motivazione. L'attenzione prestata è stata del 100% e la tenuta ha dipeso dal suo stato di salute. Come indicato nel nostro precedente rapporto, durante il periodo sono insorti dei problemi di salute che richiedono una verifica attraverso un parere specialistico. In particolare, i problemi di schiena emersi obbligavano il signor RI 1, nei

giorni di dolore acuto, a delle pause maggiori (alzarsi e cambio di posizione), quantificabili in percentuale a una riduzione dell'attività lavorativa del 10-15%; - il tasso di presenza, in base alle timbrature effettive e rispetto all'orario di lavoro richiesto, sui 34 giorni di accertamento, è stato del 76%. Da sottolineare che per abitudine il signor RI 1 era presente al lavoro sempre in anticipo rispetto all'orario di lavoro richiesto (inizio mattina e inizio pomeriggio) e questo non è stato calcolato nella percentuale sopra indicata." (Doc. 77-1) Quindi, nel rapporto finale del 9 agosto 2013, il consulente IP incaricato ha concluso che "pur considerando i sintomi e i limiti funzionali, ritenuto che il percorso CAP di \_\_\_\_\_ ha rimarcato una presenza dell'assicurato al 95% e che la presenza alla FTIA sia stata valutata al 76% (senza contare gli "straordinari"), preso atto che l'assicurato è stato ritenuto abile al 100% in attività adeguate con rendimento ridotto, ritenuto che il medico SMR ha riconfermato tale abilità, si valuta che l'assicurato possa disporre di una presenza lavorativa del 100%. Per quanto concerne il rendimento, considerato quanto emerso presso FTIA e quanto già rimarcato genericamente dal CAP di \_\_\_\_\_, si prende atto che la diminuzione di rendimento a partire dalla data dell'accertamento a \_\_\_\_\_ sia pari al 15%, prendendo il dato più elevato rispetto all'indicazione FTIA (10%-15%)" (doc. 80-3). Alla luce degli esiti degli accertamenti professionali qui sopra riportati per esteso, nell'annotazione medica del 18 novembre 2013, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha concluso: "Possiamo affermare che dagli accertamenti espletati il rendimento lavorativo appare in effetti superiore a quanto atteso medico-teorico dalla perizia reumatologica. Tale miglioramento del rendimento appare medicalmente plausibile in riferimento ad una attività adeguata al suo stato funzionale. Dal 28 aprile 2013." (Doc. 82-1) Sulla base di queste considerazioni mediche, l'Ufficio AI ha quindi considerato che a partire dal 28 aprile 2013 lo stato di salute dell'interessato è migliorato, tanto da giustificare una capacità lavorativa residua in attività adatte del 100%, con riduzione del rendimento del 15% (cfr. doc. A2). L'assicurato ha contestato questa valutazione dell'amministrazione, trasmettendo, a comprova delle sue precarie condizioni di salute, un referto, datato 1° settembre 2014, con il quale il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e oncologia, ha attestato un'incapacità lavorativa dell'80%, così giustificata: "la presente per ribadire che ritengo necessario aumentare l'inabilità lavorativa del signor RI 1 all'80% per i seguenti motivi: Si tratta di un paziente 46enne in discrete condizioni generali che presenta a livello del rachide lombare una sindrome di dolore cronico. Primo intervento alla colonna lombare nel 1992, decompressione L4-L5 bilateralmente per asportazione di un'ernia discale mediana. Da quando il signor RI 1 è stato operato l'ultima volta al rachide lombare (decompressione L4-L5 e L5-S1 con successivo PLIF e strumentazione postero-laterale L4-L5-S1 bilateralmente in data 31.3.2010, dr. \_\_\_\_\_), malgrado la terapia farmacologica e cure fisiatriche (l'ultima volta in modo intenso in dicembre/gennaio 2011 presso la Clinica \_\_\_\_\_), la situazione dei dolori cronici persiste. Il paziente fatica a stare a lungo in piedi o seduto. I dolori sono quotidiani. A dipendenza dell'attività fisica, di giorno, i dolori subentrano quasi immediatamente per cui il signor RI 1 non riesce a svolgere delle attività, soprattutto quelle fisiche pesanti, come prima. Ritengo per cui giustificata un'inabilità lavorativa dell'80%. In allegato l'ultima TAC della colonna lombare del 07.05.2013. Il paziente presenta inoltre una dispnea da sforzo NYHA II fino III ed è portatore di una cardiopatia ischemica e ipertensiva. Ultima coronarografia il 27.03.2013: PTCA/Stent su ristenosi intrastent su RIVA/1dg, Kissing Ballon RIVA, malattia coronarica multivasale. Il fattore limitante è comunque una sindrome del dolore cronico a livello della colonna lombare e per questo motivo vi prego gentilmente di rivalutare nuovamente l'inabilità

lavorativa.” (Doc. 90/1-2) Nelle annotazioni del 3 settembre 2014, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato che “non vi sono nuovi elementi oggettivi inconfutabili dal lato medico atti a modificare le nostre precedenti definizioni” (doc. 94-1). In data 28 ottobre 2014, il dr. \_\_\_\_\_ ha ribadito che “come ho sottolineato nel mio verbale del 1.9.2014, ribadisco che un’inabilità dell’80% ritengo sia giustificata” (doc. A3).

2.6. Chiamato a pronunciarsi, dopo attento esame della documentazione medica agli atti riassunta al considerando precedente, il TCA se, da una parte, non ha motivo per distanziarsi dalle conclusioni alle quali è pervenuto il dr. \_\_\_\_\_ nella valutazione peritale reumatologica del dicembre 2011, d’altra parte non può, invece, considerare esaustivo il parere del dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale, sulla base degli esiti degli accertamenti professionali svolti presso il CAP e la FTIA, ha considerato, a partire dal 28 aprile 2014, lo stato di salute dell’interessato migliorato rispetto all’apprezzamento peritale eseguito dal dr. \_\_\_\_\_. Secondo questo Tribunale è invece necessario un approfondimento medico peritale. Il TCA evidenzia, infatti, che nella valutazione peritale reumatologica del 5 dicembre 2011 il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato l’assicurato inabile al lavoro, in maniera definitiva, all’80% nell’attività abituale di imbianchino, ma ancora abile al lavoro in attività leggere e variate nella misura di 5 ore al giorno, da ripartire tra mattina e pomeriggio, precisando che “l’orario di lavoro è ridotto a causa di una affaticabilità del paziente” (doc. 39-10). Alla luce di questa chiara valutazione del perito reumatologo, il TCA ritiene, innanzitutto, che a torto il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha riportato, nel rapporto finale del 9 dicembre 2011, che la capacità lavorativa residua dell’interessato nello svolgimento di attività adatte sia da intendersi unicamente come riduzione del rendimento, avendo il perito precisato espressamente che è l’orario di lavoro che è ridotto (cfr. doc. 40-2). A prescindere da ciò, il TCA non può in ogni caso, senza che venga prima effettuata una nuova valutazione peritale, considerare che il rendimento lavorativo dell’assicurato osservato in occasione degli accertamenti professionali svolti presso il CAP e la FTIA, superiore rispetto a quello indicato dal dr. \_\_\_\_\_, sia “medicalmente plausibile” e tale da giustificare un miglioramento dello stato di salute dell’interessato e della sua capacità lavorativa residua, come invece ritenuto dal medico del SMR (doc. 82-1). In particolare, a tale riguardo, il TCA non ritiene affidabile la conclusione alla quale è giunto l’Ufficio AI e il SMR, rifacendosi alla valutazione eseguita dal CAP e dalla FTIA, di una capacità lavorativa residua, a partire dal 28 aprile 2013, del 100%, con una riduzione del rendimento del 15%, ritenuto che già gli stessi autori e firmatari dei citati rapporti di accertamento si sono espressi in termini vaghi riguardo alla capacità lavorativa residua dell’interessato. Nel rapporto d’accertamento del CAP del 15 luglio 2012, infatti, è stato espressamente indicato che “l’effettiva resa lavorativa sia in vista di un inserimento diretto sul mercato del lavoro, sia in previsione di un percorso formativo in apprendistato, sia da valutare nella pratica professionale effettiva” (doc. 52-8), mentre nello scritto del 27 giugno 2013, la responsabile formazione della FTIA ha espressamente indicato che “la capacità produttiva del signor RI 1 non è valutabile da parte nostra a livello di rendimento in quanto non ha una formazione di base nel settore in cui ha svolto l’accertamento”, aggiungendo che dovendo “definire il rendimento complessivo, non a livello economico”, vi è stata una riduzione del rendimento del 10%-15% su un tasso di presenza effettiva del 76% rispetto ai 34 giorni di accertamento previsti, precisando che la riduzione di presenza è stata causata dai problemi alla schiena che sono insorti e “che richiedono una verifica attraverso un parere specialistico” (doc. 77-1, sottolineature della redattrice). Già alla luce di queste considerazioni espresse dalla responsabile formazione della FTIA, questo Tribunale non condivide la conclusione alla

quale è giunto l'Ufficio AI nella decisione impugnata di una capacità lavorativa residua dell'interessato, in attività adatte, completa e con una riduzione del rendimento del 15%, poiché tale quantificazione non tiene conto del fatto che, oltre alla riduzione del rendimento, dall'accertamento presso la FTIA è emersa anche una riduzione del tempo di presenza dell'assicurato. Questo Tribunale ritiene, pertanto, che già solo tenendo conto di quanto emerso a seguito degli accertamenti professionali citati, risultava indispensabile per l'Ufficio AI disporre dopo la perizia del dr. \_\_\_\_\_ di una ulteriore accurata valutazione peritale di natura medica, atta a stabilire la "reale" capacità lavorativa residua dell'assicurato sfruttabile sul mercato equilibrato del lavoro, tenuto conto dell'insieme delle patologie che lo affliggono. Va infatti evidenziato che, secondo un'affermata giurisprudenza federale, i dati medici permettono generalmente un apprezzamento oggettivo del caso, di modo che essi prevalgono sulle constatazioni compiute in occasione di uno stage d'osservazione professionale, le quali sono suscettibili di essere state influenzate da fattori soggettivi legati al comportamento della persona assicurata nel corso dello stage (cfr. STF 9C\_891/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3, 9C\_426/2011 del 14 dicembre 2011 consid. 4.3 e 8C\_776/2009 del 19 luglio 2010 consid. 52 e riferimenti ivi menzionati). Il TCA non può, tuttavia, considerare tale la valutazione eseguita in data 18 novembre 2013 dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. 82-1), il quale ha, in maniera succinta, constatato che dagli accertamenti espletati è risultato un rendimento superiore a quanto valutato nella perizia reumatologica del dr. \_\_\_\_\_, aggiungendo che "tale miglioramento del rendimento appare medicalmente plausibile in riferimento ad una attività adeguata allo stato funzionale" (doc. 82-1). Questa motivazione, del tutto generica e non supportata da adeguati riscontri oggettivi, oltretutto decisamente contestata dal patrocinatore del ricorrente tramite la presentazione di documentazione medica, non può essere considerata sufficiente da questo Tribunale al fine di verificare se effettivamente vi sia stato – e se del caso in quale misura - oppure no un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato, tale da giustificare la soppressione, dal 1° agosto 2013, della mezza rendita di invalidità riconosciutagli sulla base del grado di abilità lavorativa attestata in sede peritale dal dr. \_\_\_\_\_. Appare, infatti, di fondamentale importanza stabilire se, rispetto alla valutazione peritale reumatologica del 2011 del dr. \_\_\_\_\_, lo stato di salute dell'interessato è migliorato, come considerato dal SMR, oppure no, come sostenuto dal dr. \_\_\_\_\_. Ritenuta l'importanza della determinazione dell'evoluzione delle patologie dell'interessato e dell'influsso delle stesse sulla sua capacità lavorativa residua rispetto a quanto valutato nella perizia reumatologica del 5 dicembre 2011 dal dr. \_\_\_\_\_, il TCA ritiene imprescindibile la messa in atto di un approfondimento peritale, che tenga in debita considerazione anche quanto attestato dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 1° settembre 2014. 2.7. Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.5.), il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche rivolte alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione. In quella pronuncia, l'Alta Corte ha pure precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali altri può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TF ha, al riguardo, sviluppato le seguenti considerazioni: " (...). 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer

Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen ( BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen ( BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C\_85/2009)." (DTF 137 V

263-265) In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 - emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGa: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C\_59/2011 consid. 5.2) Nella presente fattispecie, il TCA constata che l'Ufficio AI ha fondato la decisione impugnata esclusivamente sul parere del suo medico interno (dr. \_\_\_\_\_ del SMR). In un caso del genere, per costante prassi, il TCA, anziché ordinare esso stesso una perizia giudiziaria, rinvia gli atti all'amministrazione affinché disponga una perizia esterna ai sensi dell'art. 44 LPGa (cfr., in questo senso, STF 8C\_757/2014 del 16 gennaio 2015 consid. 3.2., STCA 35.2014.103 dell'11 marzo 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.96 del 25 febbraio 2015 consid. 2.9., STCA 35.2014.47 del 2 febbraio 2015 consid. 2.8., STCA 35.2014.66 del 22 dicembre 2014 consid. 2.9 e 35.2014.50 del 10 novembre 2014 consid. 2.13; D. Cattaneo "Les erreurs les plus fréquentes des expertises médicales dans les assurances sociales" in CGRSS n. 50 – 2014 pag. 137 seg. n. 15 pag. 140). Per le ragioni esposte al considerando 2.6., si giustifica pertanto l'annullamento della decisione impugnata. L'Ufficio resistente, a cui gli atti vengono dunque retrocessi, dovrà disporre un approfondimento peritale esterno (cfr. art. 44 LPGa) di natura reumatologica, volto a definire globalmente l'evoluzione delle diagnosi, delle limitazioni e delle risorse residue dell'assicurato rispetto alla situazione esistente al momento della perizia reumatologica del dr. \_\_\_\_\_. Spetterà all'Ufficio AI, inoltre, valutare se vi sia la necessità di eseguire anche altri approfondimenti medici, alla luce delle patologie segnalate dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 1° settembre 2014 e tenuto conto dei problemi cardiovascolari con intervento chirurgico che hanno comportato dei periodi di assenza dal posto di lavoro segnalati anche nel rapporto FTIA del 29 maggio 2013 e in merito ai quali il funzionario AI incaricato aveva già chiesto in data 10 giugno 2013 delucidazioni al SMR (cfr. doc. 75-1). Quindi, in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. In conclusione, la decisione del 6 ottobre 2014 va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto quanto appena esposto. 2.8. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurato, rappresentato da un patronato, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili. 2.9. 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, ciò che rende priva d'oggetto la richiesta di essere esonerato dal pagamento delle spese processuali formulata dall'assicurato in sede ricorsuale (cfr. doc. I).