

TI_GERICHTE 32.2014.53 vom 24. März 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-03-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.53

FR: TI_GERICHTE 32.2014.53 du 24 mars 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.53 del 24 marzo 2014

Erwägungen

E. 46

). Perché la perdita di guadagno accertata acquisti rilevanza giuridica ai fini dell'AI, è necessario che si trovi in rapporto causale con il danno alla salute. In altre parole la perdita di guadagno presa in considerazione dalla legge è solamente quella procedente dall'infermità. La diminuzione del reddito nella misura in cui deriva da altre cause (di natura soggettiva od economica) non è per contro, suscettibile di una valutazione giuridica ai fini dell'erogazione della rendita. Quindi, l'assicurato che può svolgere ancora un'ampia gamma di lavori remunerativi a lui confacenti è tenuto - prima di poter pretendere una rendita AI - a reintegrarsi o a farsi reintegrare in altra attività (ad esempio dall'Ufficio del lavoro o, se sono dati i presupposti legali, dall'URIP; cfr. RCC 1991, p. 47, consid. 7c). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI 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 che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). 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) ; 2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per

stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137).

2.4. L'istituto della riconsiderazione è previsto dall'art. 53 cpv. 2 LPGA che dispone che "l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza" (cpv. 2) Conformemente alla giurisprudenza del TFA, valida anche in regime di LPGA (cfr. Kieser, *ATSG-Kommentar*, art. 53 N 1 p. 531), l'amministrazione può, in ogni momento, riconsiderare una decisione passata formalmente in giudicato e che non è stata oggetto di una sentenza giudiziale se questa decisione risulta indubbiamente errata e la sua rettifica riveste un'importanza notevole; sia l'assicurato che il giudice non possono tuttavia obbligarla (SVR 1996 UV Nr. 42 p. 130; DTF 119 V 183, 422 e 477). In quest'ipotesi non è escluso che il provvedimento, assunto a seguito di riesame, espliciti effetto retroattivo (DTF 119 V 422 = RDAT I ■ 1994, p. 175; DTF 119 V 180). In una recente sentenza il Tribunale Federale ha posto il principio secondo cui l'assicuratore può riconsiderare una decisione manifestamente errata (e se la rettifica ha una notevole importanza) in ogni tempo, segnatamente anche oltre dieci anni dalla resa del provvedimento (STF 8C_424/2013 del 21 novembre 2014, prevista per la pubblicazione). Per valutare se una decisione è senza dubbio errata ci si deve fondare sulla situazione di diritto - compresa la giurisprudenza ■ esistente al momento della pronuncia della decisione (DTF 117 V 17; 120 V 132; 119 V 480 consid. 1c). L'istituto del riesame persegue infatti lo scopo di correggere un'applicazione giuridica iniziale errata (compreso un accertamento errato dei fatti, nel senso di una valutazione degli stessi; DTF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314; Kieser, *Die Abänderung der formell rechtskräftigen Verfügung nach der Rechtsprechung des EVG*, SZS 1991 p. 134). Gli errori in cui è incorsa l'amministrazione devono però essere grossolani (Kieser, SZS 1991 p. 135; DTF 102 V 17 consid. 3a; 109 V 113 consid. 1c). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (DLA 1996/97 n. 28, p. 158 consid. 3c). Ciò è segnatamente il caso quando l'amministrazione accorda una rendita di invalidità in violazione del principio della priorità della riformazione professionale sulla rendita (STFA I 559/02 del 31 gennaio 2003). Per contro, non si è in presenza di un errore manifesto quando il versamento della prestazione dipende da condizioni materiali la cui valutazione implica un potere d'apprezzamento, in

relazione a taluni aspetti o elementi, e che la decisione appare ammissibile tenuto conto della situazione di fatto e di diritto. Se sussistono dubbi ragionevoli circa il carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni della riconsiderazione non sono soddisfatte (STF 9C_575/2007 del 18 ottobre 2007 consid. 2.2 e I 907/06 del 7 maggio 2007 consid. 3.2.1). Infine, in una sentenza I 406/05 del 13 luglio 2006 consid. 6, l'Alta Corte ha dichiarato manifestamente errata la decisione formale mediante la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto a un assicurato una mezza rendita di invalidità per il motivo che, nella sua abituale professione di coiffeur, presentava un'inabilità lavorativa del 50% (con corrispondente riduzione del reddito). Secondo il TFA, l'amministrazione avrebbe invece dovuto esaminare se l'assicurato, sul mercato generale del lavoro, esercitando un'attività sostitutiva, era in grado di meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua. Anche nella sentenza 28 marzo 2006 nella causa M. (I 302/04) il TFA ha ritenuto come errore manifesto l'agire dell'Ufficio AI di aver considerato un assicurato totalmente inabile al lavoro nella sua precedente attività, riconoscendogli quindi il diritto ad una rendita intera, senza aver tenuto conto che dal punto di vista medico egli era stato ritenuto abile al lavoro in attività leggere adeguate e senza procedere alla valutazione economica mediante il raffronto dei redditi. Il Tribunale federale, in una sentenza del 18 ottobre 2007 nella causa concernente S. (9C_575/2007), ha precisato che per poter sopprimere in via di riconsiderazione una rendita precedentemente accordata occorre stabilire se – vista la situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata e tenuto conto della prassi in vigore a quel momento – una corretta valutazione del grado d'invalidità avrebbe condotto ad un altro risultato. L'Alta Corte ha infatti sviluppato la seguente considerazione: " (...) Der Umstand allein, dass bei der Invaliditätsbemessung von der Arbeits- auf die Erwerbsunfähigkeit gefolgert wird, gestattet - auch wenn dieses Vorgehen nach der Rechtsprechung grundsätzlich unzulässig ist (BGE 114 V 310 E. 3c S. 314) und nur ausnahmsweise zur Anwendung gelangen darf (s. etwa Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 35/01 vom 30. Mai 2001, E. 3a) - noch nicht den Schluss auf zweifellose Unrichtigkeit der sich darauf stützenden Rentenverfügungen. Hierfür genügt auch nicht, wenn beim der Rentenzusprechung zu Grunde gelegten Einkommensvergleich nur auf den angestammten Beruf - als Verweisungstätigkeit - abgestellt wurde. Um eine zugesprochene Rente wiedererwägungsweise aufheben zu können, müsste vielmehr - nach damaliger Sach- und Rechtslage - erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (vgl. etwa Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 353/04 vom 26. September 2005, E.2.4 und I 276/04 vom 9. Mai 2005, E. 5.2). Dies trifft hier nicht zu. (...)" (STF 18 ottobre 2007, nella causa concernente S., 9C_575/2007) Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (lett. b). L' art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), p. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, p. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una

riconsiderazione concerne un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., p. 95ss). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

2.5. In evasione della domanda di prestazioni presentata nell'aprile 1991 l'Ufficio AI ha basato la propria decisione di concedere all'assicurato una rendita intera di invalidità sulle indicazioni dei medici curanti e soprattutto sulla valutazione peritale del 18 febbraio 1992 del dr. _____, chirurgo ortopedico, il quale, poste le diagnosi di "sindrome radicolare recidivante dx in ernie discali L4-5, L5-S1 dx, instabilità segmento L4-5 dopo nucleotomia percutanea", aveva concluso per un'inabilità lavorativa completa nella professione di meccanico, precisando tuttavia che era previsto un intervento chirurgico e che non era escluso che "una volta guarito, dopo operazione il paziente possa tornare al suo vecchio lavoro di meccanico" (doc. AI 21). Sulla base di queste conclusioni l'amministrazione ha quindi proceduto in tempi brevi ad assegnare la rendita dal 1. aprile 1990 con la decisione 22 maggio 1992. In seguito, in occasione della revisione intrapresa nel dicembre 1992 l'amministrazione ha chiesto un'ulteriore valutazione peritale al dr. _____, il quale, nel rapporto 13 luglio 1993, confermate le diagnosi, ha sostanzialmente confermato le conclusioni della precedente valutazione e, quindi, l'inabilità lavorativa completa nella professione di meccanico, sottolineando l'opportunità di procedere ad un intervento chirurgico (doc. AI 29). La rendita è quindi stata confermata (doc. AI 30). In sede delle revisioni del dicembre 1994, marzo 1998, aprile 2001 e marzo 2005 l'Ufficio AI ha confermato la prestazione sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato e del curante attestati una situazione clinica invariata (doc. AI 31-56). In occasione della revisione intrapresa nel luglio 2007, definite invariate le condizioni da parte dell'interessato e del curante, il medico SMR, nelle annotazioni 13 dicembre 2007, ha affermato. "l'assicurato presenta un danno alla salute di lunga durata di tipo degenerativo, una modifica sostanziale del danno risulta inverosimile, un trattamento medico non migliora in questa fase lo stato di salute, l'assicurato probabilmente ha trovato un suo equilibrio. Sicuramente vi è pure una "certa capacità lavorativa residua", capacità già sempre presente." (doc. AI 64) Malgrado tale osservazione, l'Ufficio AI, con comunicazione 4 febbraio 2008, ha confermato la rendita intera (doc. AI 65). Nel giugno 2012 è stata avviata un'ulteriore revisione. Con comunicazione del 12 settembre 2012 il curante ha riferito di non aver più visto il paziente dal gennaio 2009 e affermato che non vi era stata alcuna modifica significativa (doc. AI 68). Sentito il medico SMR, rilevato altresì come l'interessato riferisse di un peggioramento della sintomatologia negli ultimi tre anni con un incremento dei dolori prevalentemente durante il periodo estivo, l'amministrazione ha affidato il mandato al dr. _____, reumatologo, di esperire una perizia, la quale, datata 28 ottobre 2013, poste le diagnosi reumatologiche con influenza sulla capacità lavorativa di "sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno lungo la gamba destra a carattere altalenante e stato dopo sindrome irritativa radicolare a destra per ernia discale L4-L5, nonché stato dopo nucleotomia percutanea nel 1991 e sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative osteocondrotiche C5-C6 e C6-C7," in merito alla capacità lavorativa si è espressa come segue: " 5. GRADO DI CAPACITÀ DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LUCRATIVA O DELL'ATTIVITÀ ABITUALE SVOLTA PRIMA

DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE (...) Per quanto riguarda il reperto clinico attuale riscontriamo una sindrome lombo-vertebrale con diminuzione della mobilità soprattutto nella flessione in avanti e nella flessione laterale con una componente a carattere spondilogeno fino al gluteo. Non vi sono segni compressivi o irritativi radicolari o deficitari, sensitivo o motori. Egli presenta una scoliosi a forma di S destro-convessa nella zona toracale e sinistro-convessa lombare. Per quanto riguarda l'aspetto radiologico ho eseguito delle radiografie della colonna lombare che mostrano una scoliosi sinistro-convessa al passaggio toraco-lombare e vi è una discopatia condrotica a livello L3-L4 ed L4-L5 meno a L5-S1. Vi è una minima spondilosi anteriore a livello L3-L4. Vi è una minima pseudo-retrolistesi di L4 su L5. Fatto questo che potrebbe essere piuttosto messo in relazione con l'atteggiamento scoliotico e quindi con un problema di proiezione dell'immagine e non tanto su una problematica di instabilità. In effetti il reperto radiologico attuale è di modesta entità se si pensa a un'evoluzione di un dolore cronico a livello lombo-sacrale persistente dal 1986. Ci si attenderebbe un reperto radiologico molto più pronunciato se già allora ci fossimo trovati di fronte ad una problematica di instabilità a questo segmento che sarebbe chiaramente progredita nel tempo. Per quanto riguarda una sacro-ileite, sospettata dal Dr. med. _____ nella sua valutazione del 1993 non ho riscontrato reperti radiologici per quanto riguarda le articolazioni sacro-iliache alla radiografia del bacino da me effettuata. Anche per quanto riguarda le anche il reperto è normale. Negli ultimi tre anni l'assicurato dichiara un'insorgenza di disturbi alla colonna cervicale che trovano un riscontro dal punto di vista clinico con una limitazione della mobilità in particolar modo nella flessione verso destra e nella rotazione verso destra. Vi sono dei dolori alla palpazione alle zone d'irritazione nell'ambito di una sindrome cervico-vertebrale. Non vi sono compressioni o irritazioni radicolari alle estremità superiori. L'indagine radiologica della colonna cervicale, da me effettuata, mostra un appiattimento della lordosi fisiologica e soprattutto un'osteochondrosi C5-C6 e C6-C7 con spondilosi posteriore.

5.1 Limitazioni funzionali L'assicurato è limitato in attività lavorative particolarmente pesanti in cui debba alzare dei pesi superiori ai 15 kg. Limitato in attività in cui debba mantenere la posizione seduta per più di 30 min. o fermo in piedi per più di 30 min. e se deve camminare in modo continuo per più di 3 km. Limitato in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale sia cervicale che lombare in cui deve piegare ripetutamente la colonna vertebrale nella zona lombare e alla colonna cervicale eseguire movimenti di rotazione verso destra. Limitato in attività lavorative da svolgere con movimenti ripetitivi e monotoni.

5.2 Incapacità lavorativa nell'ultima attività professionale svolta Per quanto riguarda l'ultima attività professionale svolta di meccanico in genere e soprattutto di tornitore l'assicurato può essere ritenuto inabile al lavoro nella forma dell'80% come determinato dal Dr. med. _____ già nel 1992. Per quanto riguarda l'attività di casalingo l'assicurato può essere ritenuto da quella data via abile nella forma completa.

5.3 Capacità lavorativa residua in un'attività lavorativa adatta Per quanto riguarda un'attività lavorativa adatta che tenga in considerazione le limitazioni funzionali da me sopra elencate l'assicurato può essere ritenuto abile al lavoro nella forma completa sull'arco di un'intera giornata con una redditività all'80%. Si deve segnalare come a partire già dal 1994 e più precisamente dall'ultima valutazione eseguita dal Dr. med. _____ sarebbe stato possibile riqualificare l'assicurato in un'attività lavorativa ergonomicamente adatta per la colonna vertebrale. Fatto questo che non è avvenuto. La prognosi per quanto riguarda l'evoluzione delle patologie degenerative alla colonna vertebrale è da considerare moderatamente favorevole visto il lungo decorso senza episodi importanti intercorrenti di

tipo radicolare. Per quanto riguarda la sintomatologia dolorosa piuttosto sveniente come pure per un eventuale reinserimento professionale. 6. POSSIBILITÀ DI MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE L'assicurato potrebbe approfittare di tutta una serie di terapie medicamentose e fisioterapiche per migliorare le sue condizioni di salute. Penso primariamente ad una terapia medicamentosa adatta e controllata in ambito medico. Egli potrebbe inoltre approfittare di fisioterapie ambulatoriali sia per quanto riguarda la colonna cervicale che lombare o eventualmente di cure riabilitative stazionarie se del caso." (doc. AI 82/8-12) Tali conclusioni sono state fatte proprie dal medico SMR nel rapporto finale 4 novembre 2013 che ha ammesso un'incapacità lavorativa nell'attività abituale, ma un'abilità dell'80% in un'attività adeguata dal 1994 (doc. AI 83). Interpellato il consulente IP, l'amministrazione, con il provvedimento contestato, dopo aver rilevato che con la decisione del 22 maggio 1992 l'Ufficio AI aveva erroneamente attribuito il diritto alla rendita intera limitandosi a valutare l'incapacità lavorativa nella professione abituale, ma senza approfondire le limitazioni funzionali e l'esigibilità lavorativa in attività adeguate, appurato inoltre che conformemente alla perizia del dr. _____ l'assicurato era da considerare incapace all'80% nell'attività originaria di meccanico, ma abile in professioni adeguate allo stato di salute con una riduzione di rendimento del 20% dal 1994, ha effettuato il confronto dei redditi statistici tra un reddito da valido di fr. 72'431 e un reddito da invalido di 48'433 (ottenuto effettuando riduzioni sul reddito statistico di fr. 62'414.- del 20% per la limitazione medico-teorica e del 3% per attività leggere) ottenendo un grado di invalidità, non pensionabile, del 33% (doc. AI 94). Ha di conseguenza soppresso la rendita, con effetto a decorrere dalla fine del mese successivo l'intimazione della decisione (doc. AI 94/2-3).

2.6. In merito 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, p. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e

senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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 p. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, p. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, 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).

2.7. Oggetto del contendere è il riesame della decisione 22 maggio 1992 con cui l'Ufficio AI ha concesso all'assicurato - sofferente di ernie discali - una rendita intera a far tempo dal 1. aprile 1990. Occorre in altre parole verificare se l'amministrazione a ragione ha ritenuto tale decisione manifestamente errata e se tale rettifica riveste un'importanza notevole. Per procedere a tale esame ci si deve fondare sulla situazione di fatto e di diritto, giurisprudenza inclusa, esistente al momento in cui è stata resa la decisione da riesaminare. Secondo l'amministrazione, l'errore manifesto della decisione del 1992 risiede nel fatto che l'Ufficio AI ha attribuito il diritto alla rendita limitandosi a valutare l'incapacità lavorativa nella professione abituale, senza approfondire le limitazioni funzionali e l'esigibilità lavorativa in attività adeguate. Il fatto di non aver svolto i necessari esami dal punto di vista medico ed economico non avrebbe permesso di determinare che già a quel momento non vi era diritto a prestazioni AI.

2.8. Come è stato esposto (cfr. consid. 2.5), emerge dagli atti che l'Ufficio AI ha basato la propria decisione di concedere all'assicurato una rendita intera di invalidità essenzialmente sulle indicazioni contenute nella valutazione medica del 18 febbraio 1992 del dr. _____, chirurgo ortopedico, il quale, poste le diagnosi di "sindrome radicolare recidivante dx in ernie discali L4-5, L5-S1 dx, instabilità segmento L4-5 dopo nucleotomia percutanea", aveva concluso per un'inabilità lavorativa completa nella professione di meccanico, precisando che era previsto un intervento chirurgico e che non era escluso che "una volta guarito, dopo operazione il paziente possa tornare al suo vecchio lavoro di meccanico" (doc. AI 21). Sulla base di queste conclusioni l'amministrazione ha quindi proceduto in tempi brevi ad assegnare la rendita con la decisione 22 maggio 1992. In occasione della revisione intrapresa pochi mesi dopo, nel dicembre 1992, l'amministrazione ha nuovamente interpellato il dr. _____, il quale, nel rapporto 13 luglio 1993, ha sostanzialmente confermato le conclusioni della

precedente valutazione e, quindi, l'invalidità lavorativa completa come meccanico, sottolineando l'opportunità di un intervento chirurgico (doc. AI 29). Mediante comunicazione 27 gennaio 1993 la rendita è stata confermata senza procedere ad alcun ulteriore accertamento segnatamente inteso ad accertare un'eventuale abilità in attività idonee. Questo nonostante il curante dr. _____ avesse ritenuto indicati provvedimenti di integrazione (doc. AI 26/1). Analogamente, in occasione delle successive 4 revisioni intraprese tra il dicembre 1994 e il luglio 2007, l'Ufficio AI ha confermato la prestazione senza ulteriori accertamenti (doc. AI 31-65). E questo malgrado in occasione della revisione intrapresa nel luglio 2007, il medico SMR, nelle annotazioni 13 dicembre 2007, avesse rilevato che sicuramente vi era una " certa capacità lavorativa residua, capacità già sempre presente " (doc. AI 64). Ora, l'esame di questi atti evidenzia che l'amministrazione ha concesso la prestazione al richiedente, che era all'epoca attivo come meccanico in genere ed era ancora in giovane età, limitandosi a considerare le sue limitazioni nello svolgimento dell'attività lavorativa svolta evidenziate dal medico curante e dal perito, il quale aveva tuttavia sottolineato come un intervento chirurgico era da considerare " indicato " e non aveva escluso una ripresa lavorativa sottolineando che " una nuova valutazione sarebbe da fare ca 6 mesi dopo l'intervento previsto " e " non è escluso che una volta guarito, dopo l'operazione il paziente possa tornare al suo vecchio lavoro di meccanico " (cfr. doc. AI 21-3). Nessuna indicazione era invece stata data (né richiesta dall'amministrazione) in merito alla possibilità di poter esercitare, almeno in misura parziale, un'attività lavorativa leggera. Analogamente, in occasione della revisione di pochi mesi dopo, nel dicembre 1992 l'Ufficio AI ha confermato la prestazione sulla base di un ulteriore parere del dr. _____, il quale ha sostanzialmente confermato la conclusione di invalidità lavorativa completa nella professione di meccanico, sottolineando nuovamente l'opportunità di intervenire chirurgicamente (doc. AI 29). Tuttavia, ancora una volta il perito, oltre a raccomandare l'intervento chirurgico, aveva perlomeno implicitamente lasciato intendere l'esistenza della possibilità per l'assicurato di eseguire lavori leggeri laddove aveva affermato che l'incapacità lavorativa era data nella sua professione definita come " un lavoro abbastanza pesante, che spesso esige anche di assumere posizioni scomode per la schiena " (doc. AI 29-3). L'amministrazione non ha ritenuto di interpellare né il dr. _____ né altri medici sulle capacità lavorative residue dell'assicurato in attività confacenti al suo stato di salute né quindi di esaminare se, rispettivamente in quale misura, l'assicurato, sul mercato generale del lavoro, esercitando un'attività sostitutiva, era in grado di valorizzare e sfruttare la capacità lavorativa residua. Un simile esame si sarebbe imposto a maggior ragione considerando la ancor giovane età dell'interessato che all'epoca non era nemmeno trentenne, con un conseguente buon potenziale di adattamento a una nuova professione (SVR 1995 UV n. 35 p. 106). Del resto deve essere osservato che l'amministrazione non ha nemmeno ritenuto di approfondire i motivi per cui il paventato e auspicato intervento chirurgico non era avvenuto né le ragioni per cui dal 1994 l'assicurato non avesse più eseguito della fisioterapia o terapie specifiche per la colonna vertebrale né consultato specialisti in reumatologia, ortopedia o neurologia, rivolgendosi soltanto molto saltuariamente al proprio medico curante, dr. _____ dapprima, dr. _____ in seguito, entrambi generalisti (doc. AI 82-5). In queste condizioni, conformemente alla giurisprudenza del TFA, a ragione l'Ufficio AI, vista l'omessa considerazione delle possibilità di sfruttare la capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro da parte del ricorrente, ha ammesso gli estremi per considerare la decisione in esame fondata su accertamenti lacunosi e, quindi, su una valutazione manifestamente errata dell'incapacità al

guadagno a seguito di una applicazione non conforme di principi fondamentali relativi al calcolo dell'invalidità (DTF 119 V 483 consid. 3; 110 V 179; ZAK 1991 p. 137; cfr. consid. 2.2) e, quindi, posto che anche la condizione della notevole importanza della rettifica è senz'altro da ritenere adempiuta (visto che in gioco vi è una prestazione periodica, cfr. DTF 119 V 475 consid. 1c e riferimenti), suscettibile di riconsiderazione giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGa con validità "pro futuro", segnatamente a decorrere dal mese seguente la notifica della decisione formale (cfr. in proposito la STFA del 13 luglio 2006 citata sopra; sulla possibilità di procedere in ogni tempo ad una riconsiderazione di una decisione cfr. la citata STF 8C-424/2013 del 21 novembre 2014). A tale riguardo va fatto riferimento alla recente STF 9C_121/2014 del 3 settembre 2014. In quella sentenza l'Alta Corte, confermando la propria giurisprudenza, aveva qualificato come errore manifesto la circostanza che in una fattispecie complessa l'amministrazione aveva fondato la valutazione dell'abilità lavorativa unicamente su brevi rapporti del medico curante ("In diesem Sinne fehlte es hier an hinreichend sorgfältigen Abklärungen. Das komplexe gesundheitliche Geschehen bedurfte einer fachärztlichen Beurteilung; die Kurzberichte des Hausarztes genügten nicht, zumal die attestierte funktionelle Einschränkung nicht nachvollziehbar hergeleitet wurde. Hinzu kommt, dass schon im Jahr 1999 in einem amtlich publizierten Urteil (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353 mit Hinweisen auf unveröffentlichte Präjudizien) eine Beweiswürdigungsrichtlinie etabliert worden war, welche den Beweiswert von Hausarztberichten deutlich relativierte; ab da konnte es jedenfalls in komplexeren Fällen schon nach allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen nicht mehr als praxiskonform gelten, die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Sinne von ATSG und IVG entscheidend auf einen Hausarztbericht abzustützen (vgl. erwähntes Urteil 9C_654/2013 E. 4; consid. 3.3.3 della citata sentenza). 2.9. La modifica (nel senso di una soppressione o di una riduzione) in via di riconsiderazione di una rendita presuppone in ogni caso che, dall'assegnazione della prestazione, non siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (art. 17 LPGa; STF 9C_768/2010 del 10 novembre 2010 consid. 2.2; I 859/05 del 10 maggio 2006; I 222/02 del 19 dicembre 2002 consid. 5.1). Nel caso in esame, si tratta quindi di esaminare la situazione valetudinaria attuale, vale a dire al momento della resa della decisione contestata del 24 marzo 2014 (secondo la giurisprudenza, la decisione impugnata delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220 con riferimenti) e di valutare se l'assicurato presentava, a quell'epoca, un'invalidità di grado pensionabile, circostanza che l'Ufficio AI ha negato, escludendo in sostanza parimenti che sia subentrato un peggioramento delle condizioni di salute tali da giustificare il mantenimento del diritto alla rendita. Al fine di chiarire le condizioni dell'assicurato in occasione della revisione avviata nel 2012 l'amministrazione, ha come detto, fatto eseguire una perizia dal dr. _____ ti, reumatologo, la quale, datata 28 ottobre 2013, poste le diagnosi reumatologiche con influenza sulla capacità lavorativa di "sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno lungo la gamba destra a carattere altalenante e stato dopo sindrome irritativa radicolare a destra per ernia discale L4-L5, nonché stato dopo nucleotomia percutanea nel 1991 e sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative osteocondrotiche C5-C6 e C6-C7", ha dapprima osservato che il reperto radiologico attuale era di modesta entità se si pensa a un'evoluzione di un dolore cronico a livello lombo-sacrale persistente dal 1986, fatto questo che metterebbe in forse la presenza di una problematica di instabilità a questo segmento, rilevato inoltre come non vi

era nemmeno riscontro nei reperti radiologici di una sacro-ileite. Considerati anche i disturbi lamentati dall'assicurato dagli ultimi tre anni alla colonna cervicale, con riferimento alle limitazioni funzionali ha esposto come l'assicurato fosse limitato per lavori particolarmente pesanti in cui debba alzare dei pesi superiori ai 15 kg, mantenere la posizione seduta per più di 30 min. o fermo in piedi per più di 30 min. o camminare in modo continuo per più di 3 km o in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale sia cervicale che lombare in cui deve piegare ripetutamente la colonna vertebrale nella zona lombare e alla colonna cervicale o eseguire movimenti di rotazione verso destra e comunque in attività lavorative da svolgere con movimenti ripetitivi e monotoni. Per quanto riferito all'ultima attività professionale svolta di meccanico in genere e soprattutto di tornitore, l'assicurato era da considerare, secondo il perito, inabile al lavoro nella forma dell'80%, come già determinato dal dr. _____ nel 1992. Tuttavia, in un'attività adatta, ossia rispettosa delle suelencate limitazioni funzionali, l'assicurato poteva essere ritenuto abile al lavoro nella forma completa sull'arco di un'intera giornata con una redditività all'80%. Nella sua valutazione il perito ha altresì fatto rimarcare che a partire già dal 1994 sarebbe stato possibile riqualificare l'assicurato in un'attività lavorativa ergonomicamente adatta per la colonna vertebrale, fatto questo non avvenuto. Quanto alla prognosi, secondo il perito era da considerare moderatamente favorevole visto il lungo decorso senza episodi importanti intercorrenti di tipo radicolare. Inoltre ha osservato come l'assicurato potrebbe approfittare di tutta una serie di terapie medicamentose e fisioterapiche per migliorare le sue condizioni di salute (doc. AI 82/8-12). Ora, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio la perizia del dr. _____. La sua valutazione è da considerare completa ed esaustiva, rispecchiando quindi i parametri giurisprudenziali ricordati al precedente considerando; non sono del resto ravvisabili elementi o indizi concreti che permettano di metterne in dubbio l'attendibilità. Rispetto alla situazione presente al momento della decisione iniziale di attribuzione della rendita, la valutazione peritale del 28 ottobre 2013 ha evidenziato quindi una situazione sostanzialmente invariata con un'inabilità nella professione di meccanico, ma un'abilità in attività leggere adeguate dell'80%. Del resto il ricorrente non ha minimamente comprovato un eventuale peggioramento delle sue condizioni, ammettendo anzi che le sue condizioni sono rimaste stabili. In conclusione, rispecchiando la perizia del dr. _____ tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6), richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute, se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; 113 V 28 consid. 4a), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b) che l'insorgente presentava al momento della perizia (e verosimilmente già sin dall'epoca della precedente decisione del 1992) e sino al momento della decisione impugnata, una abilità lavorativa in attività adeguate dell'80%. Non risulta pertanto che sino al momento decisivo della decisione contestata (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220 con riferimenti), ossia al 24 marzo 2014, sia subentrato un rilevante peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato. 2.10. In merito alla valutazione economica, rispettivamente alla determinazione del grado d'inabilità, con riferimento al relativo calcolo esposto nella decisione contestata, va osservato quanto segue. Per quanto riguarda il reddito da valido, avendo l'assicurato smesso di lavorare da numerosi anni, l'Ufficio AI ha correttamente preso in considerazione il

reddito statistico 2012 (valori nazionali) risultante dalle tabelle TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica in relazione a professioni simili a quella svolta dall'assicurato (divisione economica 33: riparazioni e installazioni macchine e apparecchiature, livello qualifica 3 ossia con conoscenze professionali e specializzate) che ammonta a fr. 72'431.-- annui. Prima di determinare il reddito da invalido, occorre tuttavia esaminare la capacità integrativa dell'assicurato, considerata la sua età (classe 1964) e che dall'aprile 1990 egli percepisce una rendita intera. Conformemente alla giurisprudenza, infatti, prima di procedere alla diminuzione o soppressione di una rendita di invalidità a seguito di revisione occorre accertare se esiste un bisogno di reintegrazione, valutando se l'assicurato sia concretamente in misura di mettere a profitto la sua capacità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. gli art. 7 e 16 LPGa; cfr. STF 9C-163/2009 del 10 settembre 2010). Nel caso di una revisione (e in analogia di una riconsiderazione; cfr. STF 9C-152/2013 del 3 settembre 2013 consid. 3.2.3) di una rendita di invalidità versata da numerosi anni, il Tribunale federale, nella sua più recente giurisprudenza, ha sottolineato che di regola la (completa o parziale) capacità lavorativa attestata a livello medico – e che è alla base della riduzione del grado di invalidità e, quindi, della riduzione o soppressione della rendita – può venir (nuovamente) concretamente sfruttata dall'assicurato mediante un'adeguata autointegrazione sul mercato del lavoro equilibrato traducendosi così in un grado di invalidità inferiore (cfr. art. 7 cpv. 1 in relazione con l'art. 16 LPGa; STF 9C-412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C-18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10). Questo è segnatamente il caso laddove l'assicurato ha sempre conservato una parziale capacità lavorativa residua cosicché l'aumento della capacità lavorativa non necessita un accresciuto bisogno di integrazione, specie se la ritrovata idoneità professionale può essere utilizzata in un'attività lavorativa già svolta dall'assicurato o che può svolgere immediatamente. In casi eccezionali invece l'amministrazione in sede di revisione della rendita deve esaminare la questione integrativa e, quindi, accertarsi se la ritrovata capacità lavorativa attestata medicalmente si traduce effettivamente in un grado di invalidità inferiore oppure se, eccezionalmente, occorre procedere ad un esame personale dell'effettiva idoneità lavorativa (con riferimento all'idoneità, alla capacità di carico, ecc) e/o all'esecuzione di provvedimenti integrativi. In tali casi la rendita di invalidità deve continuare ad essere versata fintanto che il potenziale di capacità lavorativa riesce ad essere effettivamente realizzato grazie all'introduzione di misure medico-riabilitative e/o provvedimenti di integrazione professionale (STF 9C-412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C-18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10, 9 C-848/2012 del 14 febbraio 2013, 9C_831/2010, 9C-768/2009 del 10 settembre 2010; SVR 2010 IV nr. 9 p. 27, 9C_141/2009; vedi anche la STF 9C-998/2010 del 8 marzo 2011, 9C_163/2009 del 10 settembre 2010) . In una successiva sentenza la Corte Federale ha ulteriormente precisato la sua giurisprudenza nel senso che un caso eccezionale in questo senso, necessitante cioè del preventivo esame circa la necessità dell'introduzione di provvedimenti integrativi malgrado la capacità lavorativa attestata medicalmente, va ammesso quando la revisione concerne un assicurato maggiore di 55 anni o titolare di una rendita di invalidità da oltre 15 anni (STF 9C-412/2014 del 20 ottobre 2014, 9C-128/2013 del 4 novembre 2013, 9C-152/2013 del 3 settembre 2013, 9C_11/2012 del 28 febbraio 2012 consid. 2.2.2; 9C_367/2011 del 10 agosto 2011; 9C_228/2010 del 26 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IVG nr. 73, e riferimenti). Nella STF 9C-412/2014 del 20 ottobre 2014 il TF ha confermato questa giurisprudenza sottolineando che tali casi eccezionali possono essere riconosciuti segnatamente laddove l'assicurato è stato lontano dal lavoro per numerosi anni, dispone di un carente profilo conoscitivo e/o intellettuale o difetta di esperienza professionale (cfr.

anche STF 9C-152/2013 del 3 settembre 2013 e riferimenti). Nella fattispecie concreta, al momento dell'emissione della decisione contestata (che, come detto, delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220 con riferimenti), l'assicurato (nato il 29 gennaio 1964) aveva 50 anni ed era titolare di una rendita intera di invalidità dall'aprile 1990 e, quindi, da 24 anni. L'Ufficio AI avrebbe quindi dovuto procedere ad una valutazione reintegrativa conformemente alla succitata giurisprudenza e non semplicemente procedere al confronto dei redditi con rapporto 3 dicembre 2013. Deve essere precisato che in occasione del colloquio con il consulente professionale del 26 febbraio 2013 all'assicurato era stato genericamente illustrato il procedere che sarebbe stato messo in atto ai fini della reintegrazione professionale, l'assicurato avendo quindi chiesto che la sua situazione medica fosse chiarita prima di procedere ad eventuali provvedimenti professionali, dichiarandosi comunque disponibile a provare a intraprendere delle misure (doc. AI 72-5). Nel successivo colloquio di aggiornamento del 25 giugno 2013 con il consulente professionale, all'assicurato è stato unicamente spiegata la procedura AI in atto (doc. AI 74). Successivamente alla perizia reumatologica del 28 ottobre 2013, appurata l'abilità lavorativa in attività adeguate alle limitazioni funzionali e quindi la possibile esistenza degli estremi per procedere ad una riconsiderazione, interpellato il giurista, la consulente professionale _____, in una breve nota per l'incarto del 3 gennaio 2014, ha concluso affermando che "la valutazione di ev. provvedimenti professionali sarà quindi esaminata una volta che la questione sarà chiarita a livello giuridico" (doc. AI 86). Appurata l'esistenza di accertamenti lacunosi giustificanti una riconsiderazione, la consulente IP, il 12 febbraio 2014, espone le considerazioni in merito allo stato di salute e alla formazione scolastica e professionale, ritenute esigibili attività affini a quelle precedentemente svolte ad esempio "quale addetto alla logistica (magazzino) presso un'officina meccanica, come tuttofare (es, contatto con clienti e collaudo auto, consegna merce, ecc), ha concluso: "Tenuto conto degli elementi raccolti nell'incarto della revisione in corso, degli elementi raccolti in occasione dei colloqui avuti con l'A., dell'età raggiunta dall'A. e dalle indicazioni di carattere medico non si propone l'attuazione di provvedimenti professionali. Si propone un aiuto al collocamento con un periodo di riallenamento e introduzione al lavoro sottoforma di lavoro a titolo di prova, con la possibilità di beneficiare in un secondo tempo degli incentivi all'assunzione." (doc. AI 89) Tuttavia a piè di pagina figura un'annotazione apposta successivamente, il 4 aprile 2014, del seguente tenore: "Discusso il caso con la consulente _____. Si ritiene che al momento è meglio attendere prima di procedere all'aiuto al collocamento (chiarire la posizione dell'assicurato in merito alla nostra decisione)." (doc. AI 89) Senza accertamenti ulteriori, è stato quindi reso il progetto di decisione 13 febbraio e quindi emanata la decisione 24 marzo 2014 con la quale, appurato come l'assicurato potesse svolgere attività rispecchianti le indicazioni mediche, reperibili sul mercato libero del lavoro e che non richiedono qualifiche professionali specifiche, effettuato il confronto dei redditi e stabilito un grado di invalidità del 33%, l'amministrazione ha concluso per la soppressione della rendita, escludendo nel contempo l'applicazione di provvedimenti professionali, riservata unicamente la possibilità di fornire un aiuto al collocamento (doc. AI 94/2-3). Secondo il TCA, in sostanza, vista l'accertata esistenza degli estremi per riconsiderare la decisione, appurata soprattutto la durata dell'erogazione della rendita intera (oltre 24 anni) e, quindi, il lungo periodo di inattività lavorativa (di 25 anni), un esame approfondito circa la reale sfruttabilità della capacità lavorativa residua dell'interessato andava svolto. A maggior ragione ove si considera che

l'assicurato dispone di un'unica formazione professionale, come meccanico in genere, e di complessivi (ossia tenenti conto anche degli anni di apprendistato) soli 10 anni di lavoro sull'arco della vita intera, per giunta sempre presso lo stesso datore di lavoro (doc. AI 9, 72-2). Egli non sembra quindi disporre di un'esperienza professionale immediatamente sfruttabile secondo gli attuali rapporti nel mondo del lavoro e in base alla quale si possa ritenere che egli potrebbe immediatamente auto integrarsi da sé (STF 9C-128/2013 del 4 novembre 2013; cfr. invece STF 8C-39/2012 del 24 aprile 2012 con riferimento ad un assicurato provvisto di tre formazioni professionali e ampia esperienza professionale e, quindi, non necessitante di un'ulteriore riformazione professionale ai fini autointegrativi). Senza un siffatto esame non è infatti possibile concludere, con la dovuta tranquillità e conformemente alla citata giurisprudenza federale, – "(...) Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann (so das schon erwähnte Urteil 9C_720/2007 [SZS 2009 S. 147]). An dieser Ausnahme ist ebenfalls festzuhalten, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (Art. 7 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 16 ATSG). Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2010 IV Nr. 9 S. 27, 9C_141/2009; in diesem Sinne auch das Obiter dictum im Urteil 9C_617/2009 E. 3.3, wonach es nicht rechtswidrig ist, wenn die Verwaltung nach langjähriger Absenz vom Arbeitsmarkt zunächst mit Aufenthalt in einer beruflichen Abklärungsstelle [BEFAS] und Arbeitstraining die erwerbliche Verwertbarkeit des wiedergewonnenen funktionellen Leistungsvermögens abklärt). (...)" (STF 9C_768/2009 del 10 settembre 2010, consid. 4.1.2; vedi anche la STF 9C_163/2009 del 10 settembre 2010) – , per un'adeguata sfruttabilità della capacità lavorativa residua. Resta da osservare che la necessità di una preventiva valutazione dell'opportunità di misure d'ordine professionale va in casu ammessa, malgrado conformemente agli accertamenti medici effettuati sembrerebbe che l'assicurato abbia sempre conservato una parziale capacità lavorativa in attività idonee (fatto questo che secondo la dianzi ricordata prassi di solito esclude un accresciuto bisogno di integrazione), considerato come i curanti, il perito incaricato dall'amministrazione e l'Ufficio AI abbiano sempre (dalla decisione del 22 maggio 1992) ammesso un'incapacità lavorativa totale e, quindi, non si sarebbe potuto pretendere che l'assicurato sfruttasse la (non attestata) residua capacità lavorativa (cfr. in proposito SVR 2011 IV n. 30 p. 86, STF 9C-103/2004 consid. E 4.1 e STF 9C-128/2013 del 4 novembre 2013 consid. 4). Ne consegue che, annullata la decisione impugnata, gli atti vanno rinviati all'Ufficio AI perché proceda all'esame dell'auto-integrazione rispettivamente dell'effettiva idoneità lavorativa e, quindi, dell'eventuale necessità di introdurre provvedimenti integrativi, ai sensi della succitata giurisprudenza. In esito alle nuove risultanze, si pronuncerà nuovamente sul diritto a prestazioni (per casi simili cfr. STCA 32.2012.142 del 14 dicembre 2012 e 32.2010. 222 del 12 ottobre 2010). 2.11. Il ricorso va pertanto accolto ed al ricorrente, patrocinato da un legale, spettano indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. f LPGa). Ritenuto l'esito della lite e il diritto a ripetibili, la

domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è divenuta priva di oggetto (DTF 124 V 310, STFA 164/02 del 9 aprile 2004). 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.