

TI_GERICHTE 32.2015.111 vom 29. Mai 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-05-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.111

FR: TI_GERICHTE 32.2015.111 du 29 mai 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.111 del 29 maggio 2015

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. Rinvio atti a ufficio AI per accertamenti psichiatrici. L'art. 88a OAI é applicabile se al momento del cambiamento determinante il diritto alle prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita. Diritto di essere sentito

Erwägungen

E. 42

LPGA prevede d'altro canto che “le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione”. Il diritto di essere sentito deve dunque essere garantito soprattutto durante la procedura di opposizione. In ogni caso al più tardi durante la procedura di opposizione, l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 4.2; DTF 132 V 368 consid. 6). Il diritto di essere sentiti delle parti è sancito anche dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. Per costante giurisprudenza (ribadita ancora in STF 9C_412/2011 del 14 luglio 2011 consid. 3.3.1), dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 370 consid. 3.1 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF 9C_633/2014 del 15 giugno 2015, consid. 3.2; DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372). Secondo la giurisprudenza, l'art. 57a LAI va oltre al diritto di essere sentito ex art. 29 cpv. 2 Cost. fed. conferendo all'assicurato la possibilità di esprimersi non solo sull'oggetto in questione, ma anche sulla prevista decisione finale (STF 9C_176/2010 del 4 maggio 2010; DTF 125 V 405 consid. 3e con riferimenti). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 390 consid. 5.1; 127 V 437 consid. 3d/aa). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione di tale diritto – nella misura in cui essa non sia di particolare gravità – è tuttavia da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi

innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 437 consid. 3d/aa). 2.3. Nel caso in esame, dopo l'emissione del progetto di decisione del 17 aprile 2015 (che ha accordato la possibilità di presentare entro 30 giorni eventuali osservazioni scritte e motivate, doc. AI 202/1-3), con scritto 5 maggio 2015 l'avv. RA 1 ha informato l'Ufficio AI di aver assunto la rappresentanza dell'assicurato e chiesto la trasmissione dell'incarto completo precisando che "(...) contro il vostro più recente progetto di decisione 17 aprile 2015 nel frattempo inoltrato cautelativamente un'opposizione e meglio con preghiera di volermi accordare un termine di 30 giorni a contare dalla ricezione del vostro incarto per poter motivare meglio le mie osservazioni. (...) " (doc. AI 205/1). Dando immediatamente seguito alla richiesta del legale il 6 maggio 2015 l'Ufficio AI gli ha inviato tutta la documentazione facente parte dell'inserto AI (doc. AI 207/1) e con scritto del 7 maggio 2015 gli ha comunicato che "(...) conformemente alla cifra marginale 3013.3 della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità (CPAI) che cita: "Il termine di 30 giorni è prorogabile soltanto in casi sufficientemente motivati. Per il resto sono applicabili gli articoli 38 – 41 LPGA. Se dopo la scadenza del termine di 30 giorni, ma prima che sia emessa la decisione formale, l'assicurato presenta nuovi elementi in grado di influire sulla decisione, questi devono essere presi in considerazione", il termine per l'inoltro delle osservazioni, così come attualmente presentato, non è prorogabile. (...) " (doc. AI 208/1). Il 18 maggio 2015 l'avv. RA 1 ha nuovamente interpellato l'amministrazione con uno scritto del seguente tenore: "(...) faccio riferimento ai nostri incarti citati a margine e non da ultimo alla vostra più recente comunicazione 7 maggio 2015 con cui mi segnalate, tra le altre cose, che anche secondo le vostre circolari il termine per presentare osservazioni al progetto di decisione è prorogabile. A tal proposito tengo a ribadire che la proroga è stata chiesta per poter motivare meglio le osservazioni ed in particolare ritenuto come senza essere a conoscenza del vostro incarto dal mio canto non mi è possibile comprendere i dettagli della vostra decisione; segnatamente, anche considerato come ad oggi malauguratamente non sono ancora a conoscenza del parere medico espresso da parte del curante. È per questi motivi che la proroga era stata chiesta e che ancora oggi in particolare per la questione medica si giustifica. Ringraziandovi per l'attenzione, nell'attesa di un vostro riscontro sempre ancora in merito alla proroga domandata o al termine per motivare l'opposizione perlomeno sino a ricezione del certificato medico da parte del curante, nel frattempo l'occasione mi è gradita per trasmettervi i miei migliori e più cordiali saluti. (...) " (doc. AI 209/1). Con lettera del 20 maggio 2015 l'Ufficio AI ha comunicato all'avv. RA 1 che "(...) con riferimento al vostro scritto del 18.05.2015, nonché richiesta di proroga, richiamiamo il nostro scritto dello 07.05.2015. (...) " (doc. AI 210/1). Con la decisione impugnata, resa il successivo 29 maggio 2015 (doc. AI 211/1-3), l'Ufficio AI ha confermato il rifiuto a prestazioni prendendo posizione in merito alle osservazioni al progetto di cui ai succitati scritti del legale dell'assicurato del 5 e 18 maggio 2015: "(...) in data 06.05.2015 abbiamo ricevuto la richiesta d'incarto che è stata evasa il giorno stesso e con lettera dello 07.05.2015 abbiamo risposto e chiarito che secondo la citata marginale "(...), il termine per l'inoltro delle osservazioni, così come attualmente presentato, non è prorogabile.", ribadito ulteriormente con nostra lettera del 20.05.2015 in risposta alla sua del 18.05.2015. (...) " (doc. AI 211/2). Da quanto suesposto risulta che con scritto 18 maggio 2015 il legale dell'assicurato ha avuto la possibilità di prendere posizione in merito al progetto di decisione, questo anche se, come visto, l'amministrazione gli ha negato una proroga del termine ex art. 57a LAI. Va poi rilevato che dalla ricezione della lettera 6

maggio 2015 (doc. AI 207/1; da cui si evince la trasmissione dell'incarto AI masterizzato su CD al legale dopo la sua richiesta del giorno precedente) l'avv. RA 1 aveva a disposizione l'intero incarto richiamato dall'Ufficio AI. Quindi, sulla base delle informazioni che in quel momento aveva a disposizione, il legale poteva prendere posizione in merito alla valutazione medico-teorica riservandosi eventualmente il diritto di produrre in sede di ricorso successiva rilevante documentazione. All'Ufficio AI non può nemmeno essere rimproverato di non aver svolto i necessari accertamenti. A tal riguardo va ricordato che l'assicurato è stato peritato dal dr. _____ (cfr. doc. AI 185/1-2 e 198/1-11). Inoltre il ricorrente, pendente causa, ha prodotto nuova documentazione medica (doc. M/1 e N) e formulato ulteriori osservazioni (VI, VIII e XIII) innanzi al TCA. Va qui osservato che una violazione del diritto di essere sentito – nella misura in cui essa non sia di particolare gravità – è sanabile se l'interessato, come in concreto, ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1 pag. 285; 124 V 180 consid. 4a pag. 183). Il TCA dispone in effetti di un pieno potere di esame (STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGA). In queste circostanze, a mente di questo Tribunale, non è ravvisabile alcuna violazione del diritto di essere sentito e, semmai ve ne fosse stata una, la stessa non può essere ritenuta grave ed è pertanto stata sanata in questa sede. Non va infine dimenticato che il TF ha già avuto modo di stabilire che è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione per garantire il diritto di essere sentito – anche in caso di grave violazione – se una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse (di pari rango del diritto di essere sentito) della parte ad essere giudicata celermente (STF 935/06 del 21 febbraio 2008 consid. 7.1 con riferimento a DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti, vedi anche STF 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3). 2.4. Quanto all'asserita violazione dell'art. 43 LPGA va rilevato quanto segue. Secondo l'art. 43 LPGA (Accertamento) l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto (cpv. 1). Se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l'assicurato deve sottoporvisi (cpv. 2). Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere di informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia. (cpv. 3). Nel caso concreto il ricorrente si prevale, a torto, di una violazione dell'art. 43 LPGA, per il fatto che l'amministrazione, malgrado in sede di opposizione le fosse stata comunicata l'impossibilità "(...) di definire completamente le ragioni della propria opposizione (...)" (I, punto 4.2, pag. 5), ha optato per decidere – il 29 maggio 2015 – sulla base dei suoi atti senza preventiva diffida o avvertimento: "(...) All'assicurato l'Ufficio AI non ha infatti mai comunicato alcuna ingiunzione o diffida con avvertimento delle conseguenze giuridiche nel caso in cui non avesse completato le proprie argomentazioni dopo un adeguato termine di riflessione; invero seppur più volte esplicitamente domandato. (...)" (I, punto 4.2, pag. 5). Negli scritti del 20 agosto, 2 e 17 settembre 2015 (VI, VIII e XIII) – partendo tuttavia dall'erronea premessa che si trattava di "(...) un progetto di decisione statuente la soppressione della rendita (...)" (VI), in questo senso egli ha pure chiesto il "(...) ripristino

retroattivo della rendita d'invalidità (...)» (VIII e XIII); in realtà oggetto della presente vertenza è la nuova domanda di prestazioni inoltrata nell'ottobre 2014 e respinta con la decisione del 29 maggio 2015 confermativa del progetto del 17 aprile 2015 (cfr. consid. 1.5) – il ricorrente ha confermato la violazione dell'art. 43 LPGA. L'art. 43 cpv. 3 LPGA, richiamato ripetutamente dal ricorrente, concerne un'altra fattispecie e meglio le conseguenze di una violazione, da parte dell'assicurato, dei propri doveri d'informazione e collaborazione (per un caso di applicazione di tale disposizione vedi la STCA 32.2008.24 del 5 marzo 2009 concernente una decisione di non entrata nel merito di una nuova richiesta di prestazioni fondata sull'art. 43 cpv. 3 LPGA per ingiustificata mancata collaborazione dell'assicurato, resa dopo che, individuata dall'amministrazione la necessità di un accertamento reumatologico, l'interessato non si era presentato alla prevista visita medica presso il perito reumatologo né aveva avvisato dell'assenza). In concreto l'amministrazione non è stata confrontata con un rifiuto dell'assicurato di sottoporsi a nuova perizia o altro accertamento medico, o altra forma di collaborazione, bensì con la richiesta di proroga del termine per formulare compiutamente le proprie osservazioni al progetto di decisione del 17 aprile 2015 (cfr. consid. 1.6 e 2.3), giunta dopo ampia e completa acquisizione dei necessari atti medici da parte dell'Ufficio AI, inclusa una perizia reumatologica a cura del dr.

_____ (doc. AI 198/1-11), nell'ambito della procedura avviata con l'inoltro della nuova domanda di prestazioni dell'ottobre 2014 (cfr. consid. 1.5). A torto quindi il ricorrente ritiene che l'amministrazione avrebbe dovuto inviargli una diffida scritta o un avvertimento ai sensi dell'art. 43 cpv. 3 LPGA prima di rendere la propria decisione. Al contrario, essendo gli atti dell'incarto completi, a questo stadio l'Ufficio AI era senz'altro autorizzato a pronunciare una decisione senza ulteriore dilazione e senza (nuovo) preavviso.

2.5. Occorre ora esaminare se a ragione l'Ufficio AI ha respinto il diritto a prestazioni in evasione della nuova domanda dell'ottobre 2014 (cfr. consid. 1.5). In precedenza all'assicurato era stato riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita dal 1. marzo al 31 maggio 2006 ed a una rendita intera dal 1. giugno 2006 al 31 dicembre 2010 (cfr. consid. da 1.2 a 1.4).

2.6. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perchè il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 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). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF),

per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...) " (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) " (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. 2.8. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era

insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, fino al 31 dicembre 2011 cpv. 3 e 4 OAI). Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), nella DTF 133 V 263, chiamato a pronunciarsi nel caso di nuova domanda presentata dopo l'assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha precisato la propria giurisprudenza e stabilito che in una tale evenienza la nuova domanda deve rispettare i requisiti posti dall'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI. Scopo di questo requisito è quello di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 30-31, pagg. 453-454; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 41 vLAI, art. 87segg. OAI; Pratique VSI 1999 pag. 84; Müller, op. cit. pag. 215; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). L'art. 88a OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 9C_942/2012 del 18 febbraio 2016, consid. 3.3.2; 8C_777/2014 del 28 gennaio 2015, consid. 4; 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3; 8C_834/2008 del 5 giugno 2009, consid. 4.3.2 e 8C_551/2008 del 13 novembre 2008, consid. 3.3, tutte con riferimenti; in argomento cfr. anche Müller, op. cit. pagg. 220-222). Nella DTF 140 V 2 l'Alta Corte ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. 2.9. Nella fattispecie in esame, ritenuta l'annotazione del 16 ottobre 2014 nella quale il medico SMR dr. _____ ha concluso che "(...) dagli atti disponibili risulta che l'assicurato è stato sottoposto ad un nuovo intervento chirurgico per una rottura della cuffia dei rotatori della spalla sinistra (si ricorda che l'assicurato è noto per problemi alla spalla destra) e con attestazioni di IL completa risalenti al giugno precedente. Pertanto questo giustifica pienamente l'entrata in materia. (...)” (doc. AI 169/1), l'Ufficio AI è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni del mese di ottobre 2014 (cfr. consid. 1.5). Vista la valutazione del 22 gennaio 2015 del dr. _____ (doc. AI 185/1-2) – nella quale il dr. _____, dopo aver rinviato ai precedenti rapporti SMR per la

situazione medica e poste le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa “(...) persistenza di sintomatologia algica w limitazioni funzionali a carico della spalla sinistra su/con: - Sindrome da impingement sottoposta a trattamento chirurgico (Dr. med. _____, Luglio 2014). Rachialgia cronica (...)” (doc. AI 185/1), ha concluso che “(...) le informazioni clinico-funzionali da parte dei curanti su questo caso sono carenti, pertanto ritengo indicata una valutazione peritale reumatologica. (...)” (doc. AI 185/1) – l’amministrazione ha ordinato una perizia a cura del dr. _____ (doc. AI 188/1-2 e 189/1-2). Il dr. _____, FMH in reumatologia e medicina interna, nella perizia reumatologica del 13 aprile 2015 (doc. AI 198/1-11) – dopo aver esposto dettagliatamente l’anamnesi, i dati soggettivi e le constatazioni oggettive e posta la seguente diagnosi “(...) • Periartrite omeroscapolare parzialmente anchilosante a destra in - Esiti da acromioplastica, artrosi, sutura della cuffia dei rotatori, il 3.10.2007 - Esiti da revisione della cuffia rotatoria, il 16.6.2010 • Periartrite omeroscapolare a sinistra in - Artrosi acromeoclaveare con discreto impingement - Esiti da intervento operatorio il 16.7.2014 • Deficit estensorio e supinatorio del gomito destro su probabile base degenerativa • Minimo deficit estensorio delle articolazioni delle dita delle mani, in probabile poliartrosi • Probabile gonartrosi bilaterale, sintomatica a sinistra in - Obesità (peso 96,7 kg / statura 174 cm) • Sindrome cervicolumbovertebrale cronica in - Esiti da spinotomia L3-S1 con decompressione subarticolare bilaterale nel 2005 - Probabili alterazioni degenerative cervicali e lombari - Disturbi stati del rachide (protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale e lombare) - Decondizionamento e sbilancio muscolare - Obesità (peso 96,7 kg / statura 174 cm) (...)” (doc. AI 198/9) – ha sviluppato la seguente conclusione: “(...) È sicuramente auspicabile che l'assicurato riduca il suo sovrappeso corporeo, in grado di sovraccariare il passaggio lombosacrale rispettivamente le articolazioni alle estremità inferiori, contribuendo ad una statica a riposo svantaggiosa per le spalle, in costante abduzione, flessione e rotazione interna; l'assicurato potrebbe inoltre beneficiare di un ricondizionamento del corsetto muscolare lomboaddominale e della muscolatura agli arti inferiori al fine di stabilizzare sia la colonna vertebrale, sia le ginocchia. (...)” (doc. AI 198/8). Quanto alle conseguenze sulla capacità di lavoro e d’integrazione il perito ha poi concluso che: “(...) Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un’attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico profilati nell’allegato. Mettendo a confronto gli attuali limiti funzionali e di carico, con quelli dichiarati dopo la valutazione medico-assicurativa del 9.5.2011, notiamo alcuni cambiamenti, anche se minimi, validi a distanza di 3 mesi dall’intervento chirurgico ortopedico alla spalla sinistra, effettuato il 16.7.2014, quindi a decorrere dal 16.10.2014. È giustificata un’inabilità lavorativa totale dal 15.5.2014 fino al 15.10.2014, per qualsiasi tipo di attività. In un lavoro adatto allo stato di salute, quindi tenente pienamente conto dei limiti funzionali e di carico citati nell’allegato, giudico l'assicurato abile al lavoro sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con una diminuzione del rendimento del 10%, a partire dal 16.10.2014. Come casalingo, giudico l'assicurato, sempre a partire dal 6.10.2014, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 30%. Si riconferma un’inabilità lavorativa totale, del 100%, al più tardi a partire dal 15.5.2014, per l’ultima attività lavorativa professionale principale di muratore edile. (...)” (doc. AI 198/9-10). La valutazione del dr. _____ è stata confermata dal dr. _____ che, nel “Rapporto finale SMR” del 16 aprile 2015 (doc. AI 199/1-6), ha riconosciuto un’incapacità lavorativa totale nell’attività abituale dal 15 maggio 2014 e l’inabilità lavorativa del 100% dal 15 maggio al 15 ottobre 2014 e del 10% dal 16 ottobre 2014 in un’attività adeguata rispettosa

dei limiti funzionali posti. L'Ufficio AI – viste le suesposte risultanze peritali con il rapporto finale SMR del 16 aprile 2015, stabilito il reddito da valido per il 2013 (cfr. doc. AI 200/1-3 e 201/1) e ritenuta la tabella elaborata il 17 aprile 2015 (cfr. doc. AI 203/1-3) – con decisione 29 maggio 2015 ha negato il diritto a prestazioni (doc. AI 211/1-3). 2.10. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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, 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). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher/Gächter, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 2014, pag. 550-551). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Va poi ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.11 Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale, senza gli ulteriori

accertamenti medici di natura extra somatica (di cui si dirà in seguito e che l'Ufficio AI dovrà predisporre), non può concludere che dal 16 ottobre 2014 l'assicurato è abile al lavoro nella misura del 90% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. In effetti, se per quanto riguarda gli aspetti somatici questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni a cui è giunto l'Ufficio AI, diversa è la situazione per gli aspetti extra somatici per i quali l'amministrazione non ha intrapreso alcun accertamento.

2.11.1. Patologia somatica Alla perizia del dr. _____, il quale ha compiutamente valutato (sulla base di tutti gli atti medici all'incanto) le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, va riconosciuta piena forza probatoria. Questo Tribunale deve pertanto fare propria la conclusione a cui è giunto il perito secondo la quale l'insorgente, dopo un periodo di inabilità totale al lavoro in qualsiasi attività dal 15 maggio al 15 ottobre 2014, dal 16 ottobre 2014 è abile al lavoro nella misura del 100% con una flessione del rendimento del 10% in un'attività adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali poste. La dettagliata ed approfondita valutazione del dr. _____ non è stata del resto smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie ed è stata confermata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 16 aprile 2015 (doc. AI 199/1-6). In particolare non è possibile concludere diversamente avuto riguardo alla "Risonanza magnetica ginocchio sinistro del 27.04.2015" ritenuto che il dr. _____, FMH in radiologia, ha concluso per una "(...) probabile fissurazione del corno posteriore della fibro-cartilagine meniscale mediale (...)" (doc. L), senza tuttavia esprimersi sulla capacità lavorativa. Al riguardo questo Tribunale può fare propria la conclusione del medico SMR dr. _____ che, nell'annotazione del 12 agosto 2015, ha sviluppato la seguente valutazione: "(...) l'attuale RM mostra una situazione articolare a livello del ginocchio sinistro rassicurante: le alterazioni di tipo degenerativo non sono molto marcate, la fissurazione del corno posteriore è probabilmente di tipo degenerativo ed è il correlato radiologico dei disturbi accusati dall'assicurato in occasione della perizia reumatologica. Da parte del perito dr. _____ è stata posta la diagnosi di probabile gonartrosi bilaterale, sintomatica a sinistra, riconoscendo una caricabilità ridotta. In caso di ingravescenti disturbi la lesione meniscale è trattabile con artroscopia con inabilità lavorativa di poche settimane. In conclusione l'attuale documentazione non mostra una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale del dr. _____. (...) (IV/1). Inoltre, sia la STCA del 24 agosto 2010 (doc. AI 124/1-19) (con cui questo Tribunale aveva confermato la soppressione in via di revisione del diritto alla rendita intera dal 1. luglio 2010 e trasmesso gli atti all'amministrazione per le loro incombenze (cfr. consid. 1.3)) che la decisione dell'Ufficio AI del 1. ottobre 2012 (doc. AI 153/1-2 e motivazioni sub doc. AI 152/1-3) (decisione con cui l'amministrazione, avuto riguardo alle conseguenze della revisione chirurgica della spalla destra che ha giustificato un'incapacità lavorativa del 100% dal giugno 2010 e del 10% dall'ottobre 2010 in un'attività adeguata, aveva riconosciuto il diritto alla rendita intera dal 1. luglio al 31 dicembre 2010 (cfr. consid. 1.4)) sono cresciute incontestate in giudicato. Da allora – in particolare nemmeno con la nuova domanda dell'ottobre 2014 (cfr. consid. 1.5) e in sede di ricorso – l'insorgente non ha prodotto qualsivoglia documentazione medica specialistica (reumatologica e/o neurologica e/o ortopedica) atta a confutare le precedenti valutazioni o ad attestare un peggioramento della situazione medico valetudinaria sotto questi aspetti. Quanto all'asserita necessità di un accertamento di natura ortopedica e/o neurologica – a prescindere dal fatto che, lo si ribadisce, l'insorgente non apporta alcun atto medico specialistico a sostegno – , questo Tribunale osserva che sulla questione delle competenze di un medico specialista in

reumatologia rispetto a uno specialista in ortopedia e/o in neurologia, il TF, nella STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, ha già avuto modo di sottolineare che, “(...) come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell’area di competenza del neurologo, dell’ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. (...)” (STF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, consid. 4.2). Nella STCA 32.2011.75 del 6 settembre 2011 il TCA ha concluso che nel caso di un’assicurata affetta da una sindrome lombovertebrale parzialmente lombospondilogenica cronica a destra in possibile instabilità segmentale, esiti da frattura del piatto superiore della dodicesima vertebra dorsale, trattata mediante cifoplastica con fosfato di calcio il 3.3.2009, dopo trauma assiale del 31.12.2008, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale con scoliosi sinistro convessa toracolombare, iperlordosi lombare), tendenza ad ipermobilità articolare, decondizionamento e sbilancio muscolare, la scelta di far allestire una perizia ad opera di un reumatologo, che si occupa delle affezioni dolorose che colpiscono le articolazioni, i muscoli, i tendini e le ossa e non da un ortopedico (l’ortopedia è la branca della medicina che si occupa delle affezioni congenite e acquisite del sistema osteoarticolare e delle strutture a esso anatomicamente e funzionalmente collegate), andava confermata. Nella STCA 32.2011.214 del 16 gennaio 2012 il TCA ha concluso che anche se non ha una specializzazione in ortopedia, il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all’apparato muscolo-scheletrico (in argomento vedi anche le STF 9C_644/2015 del 3 maggio 2016 consid. 3.4 e STF 9C_547/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 4.1, entrambe con riferimenti).

2.11.2. Patologia extra somatica Il 27 agosto 2015 il dr. _____ e la dr.ssa _____, medico caposervizio rispettivamente medico assistente del Servizio psico-sociale (SPS) di _____, hanno risposto all’avv. RA 1 con una lettera del seguente tenore: “(...) le scriviamo in merito alla sua lettera del 17 agosto 2015 nella quale ci veniva richiesto un certificato medico per il signor RI 1. Il summenzionato signore ha una presa a carico presso Servizio Psico-sociale dal 21.05.2015. Il paziente si presenta regolarmente agli appuntamenti e afferma di assumere la terapia farmacologica come prescritta. I sintomi clinici rilevati finora osservati sono stati inquadrati in una Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) e una Sindrome di dipendenza da alcool (ICD-10 F10.2). Dall’esame psichico risulta che il paziente si è sufficientemente curato nell’aspetto e nell’igiene personale. L’espressione è partecipe e l’atteggiamento collaborante. L’eloquio è spontaneo, sufficientemente informativo e comprensibile. La coscienza risulta lucida, ben orientata nello spazio, nel tempo e sul sé e parametro d’oggetto. La percezione è pronta e libera da errore. L’attenzione è buona e ben mantenuta, la comprensione pronta con memoria e intelligenza conservata. Non si rilevano deficit nella forma e nel contenuto del pensiero. Il tono dell’umore è deflesso e sono presenti quote d’ansia. Si rilevano sentimenti di autosvalutazione, apatia e abulia. Si rilevano anche pensieri di morte ma nega ideazione suicidale, o intenzionalità per auto ed eteroaggressività. Lamenta inoltre insonnia con ritmo sonno veglia alterato. La terapia attuale consta di Remeron 30mg 0-0-0-1 e Stilnox 10mg 1 cpr al giorno, con parziale beneficio sui sintomi depressivi. Da un punto di vista lavorativo, alla luce del quadro clinico, il paziente risulta pertanto inabile al 80% e da un punto di vista prognostico si può supporre che il quadro clinico possa essere suscettibile solo a lievi miglioramenti. Si rende inoltre attenti che il paziente presenta disturbi fisici che vanno ad aggravare lo stato psichico dello stesso, per cui l’inabilità lavorativa potrebbe risultare del 100%. (...)” (doc. N). Con osservazioni 14 settembre 2015 l’Ufficio AI ha sostenuto che “(...) l’eventuale peggioramento dovuto a

ragioni extra-somatiche non va giudicato nella presente vertenza, limitata alla data di emissione della decisione amministrativa. L'incidenza della nuova problematica di origine psichiatrica sulla capacità lavorativa andrà vagliata in una nuova domanda di prestazioni AI. (...)” (XI). Precisamente l'amministrazione ha rilevato che “(...) l'incidenza di tale problematica di natura extra-somatica, ora segnalata, fatta valere dopo l'emissione della decisione amministrativa, con presa a carico iniziata una settimana prima dell'emissione della stessa, non risulta essere rilevante ai sensi di legge, osservato che sulla base dell'art. 88a cpv. 2 OAI in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, ai fini del diritto alle prestazioni, occorre tener conto del cambiamento determinante se lo stesso perdura almeno da tre mesi senza interruzione notevole. Tale termine non era ancora scaduto quando l'amministrazione ha reso la decisione impugnata. Nello specifico, ritenuto che il SPS ha proposto la propria valutazione a fine agosto 2015, dopo il provvedimento impugnato, senza che fossero realizzati i presupposti dell'art. 88a cpv. 2 OAI, l'eventuale peggioramento dello stato di salute fatto valere da controparte sarà oggetto di un nuovo provvedimento amministrativo dopo gli accertamenti del caso, dovendosi ritenere tale atto quale nuova esplicita domanda di prestazioni AI. A proposito del contenuto, lo scrivente Ufficio si limita a rilevare che il rapporto non dispone di criteri minimi di qualità in assenza di anamnesi, di descrizione delle limitazioni funzionali con influsso sulla capacità lavorativa, di valutazione giustificante le diagnosi indicate, e di discordanza tra lo stato psichico descritto e l'impedimento all'80%. Lo scrivente Ufficio ribadisce che l'incapacità lavorativa dell'assicurato è stata debitamente vagliata dall'amministrazione, che ha ordinato approfondimenti laddove giustificato dal lato medico, da ultimo di tipo reumatologico come da perizia del 13 aprile 2015 svolta dal dr. med. _____. Il Servizio medico regionale (di seguito SMR) ha ripreso le problematiche invalidanti e non del caso dell'assicurato nel rapporto finale del 16 aprile 2015, senza segnalare diagnosi psichiatriche. Neppure aspetti psichiatrici emergono dagli atti dell'incarto, né sono mai stati segnalati dal medico curante (si rinvia agli ultimi rapporti resi dal medico curante dr. med. _____ del 12 novembre 2014 e 31 marzo 2015) o dal perito che lo ha visto in ambito reumatologico (cfr. perizia citata del 13 aprile 2015), né sono stati menzionati con le osservazioni al preavviso. In considerazione di quanto sopra, lo scrivente Ufficio reputa che la nuova problematica è stata notificata dopo l'emissione della decisione amministrativa. Come in precedenza indicato, anche se la presa a carico ha avuto inizio una settimana prima dell'emissione della decisione, i presupposti dell'art. 88a cpv. 2 OAI non sono realizzati, non essendo intervenuto alcun cambiamento “durevole”, persistente per tre mesi senza interruzione notevole fino all'emissione della decisione. (...)” (XI). L'art. 88a OAI, come accennato (cfr. consid. 2.8), è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita. Questo presupposto non è in concreto dato. Infatti, se da una parte l'assicurato è stato ritenuto inabile al 100% nella sua attività abituale dal gennaio 2006 (cfr. la motivazione della decisione dell'Ufficio AI del 1. ottobre 2012 sub doc. AI 152/1-3) – anche il dr. _____ nella perizia del 13 aprile 2015 ha concluso che: “(...) È giustificata un'inabilità lavorativa totale dal 15.5.2014 al 15.10.2014, per qualsiasi tipo di attività. [...] Si riconferma un'inabilità lavorativa totale, del 100%, al più tardi a partire dal 15.5.2014, per l'ultima attività lavorativa professionale principale di muratore edile. (...)” (doc. AI 198/10) –, dall'altra parte, dall'ottobre 2010 e fino al 15 maggio 2014 (ritenuata una capacità lavorativa residua del 90% in un'attività adeguata; cfr. doc. AI 152/1-3 e 199/1-5), egli avrebbe potuto conseguire un reddito escludente in diritto ad una rendita (in questo

senso, come visto al consid. 1.5, con la decisione del 1. ottobre 2012 l'amministrazione ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera dal 1. luglio al 31 dicembre 2010). Pertanto, vista l'inesistenza del diritto ad una rendita nel momento determinante (e meglio al 15 maggio 2014 allorquando è iniziata l'inabilità totale al lavoro), l'art. 88a cpv. 2 OAI invocato dall'amministrazione non può qui essere applicato (per un caso analogo cfr. la STF 8C_777/2014 del 28 gennaio 2015). Dal 21 maggio 2015 – quindi in un momento precedente la decisione impugnata del 29 maggio 2015 (cfr. doc. N e doc. AI 211/1-3) – l'insorgente è in cura psichiatrica presso il Servizio psico-sociale di _____. L'Ufficio AI, avuto riguardo a questa patologia, non ha effettuato alcun accertamento medico. Senza i necessari accertamenti medici specialistici non è possibile escludere che un peggioramento dello stato di salute sia insorto prima del 29 maggio 2015, data della decisione impugnata. In questo senso, riferendosi alla valutazione del 27 agosto 2015 del Servizio psico-sociale di _____ (cfr. doc. N), l'Ufficio AI, nelle osservazioni del 14 settembre 2015 (XI), ha evidenziato che “(...) nello specifico, ritenuto che il SPS ha proposto la propria valutazione a fine agosto 2015, dopo il provvedimento impugnato, senza che fossero realizzati i presupposti dell'art. 88a cpv. 2 OAI, l'eventuale peggioramento dello stato di salute fatto valere da controparte sarà oggetto di un nuovo provvedimento amministrativo dopo gli accertamenti del caso, dovendosi ritenere tale atto quale nuova esplicita domanda di prestazioni AI. A proposito del contenuto, lo scrivente Ufficio si limita a rilevare che il rapporto non dispone di criteri minimi di qualità in assenza di anamnesi, di descrizione delle limitazioni funzionali con influsso sulla capacità lavorativa, di valutazione giustificante le diagnosi indicate, e di discordanza tra lo stato psichico descritto e l'impedimento all'80%. (...)” (XI, pag. 2). L'amministrazione dovrà dunque interpellare i medici del Servizio psico-sociale di _____ e predisporre ulteriori accertamenti medici di natura psichiatrica (se necessario pluridisciplinari visto che, nella valutazione del 27 agosto 2015, il dr. _____ e la dr.ssa _____ hanno concluso: “(...) si rende inoltre attenti del fatto che il paziente presenta disturbi fisici che vanno ad aggravare lo stato psichico dello stesso, per cui l'inabilità lavorativa potrebbe risultare anche del 100%. (...)” (doc. N)).

2.12. Quanto alla valutazione economica, la stessa appare prematura visto che l'evoluzione della capacità lavorativa in un'attività adeguata dal 15 maggio 2014 deve ancora essere compiutamente acclarata. Al riguardo questo Tribunale si limita a rilevare quanto segue. Nella STF 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 3.4, il TF ha confermato l'applicazione da parte del Tribunale amministrativo federale, per la determinazione dei redditi da raffrontare, dell'edizione 2010 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), considerato che la decisione amministrativa litigiosa era stata emessa il 4 gennaio 2013 e l'UAIE non poteva pertanto disporre dei dati del 2012, la cui pubblicazione era avvenuta solo nel corso del mese di ottobre 2014 (cfr. lettera circolare AI n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, UFAS, del 22 ottobre 2014), consolidando così la giurisprudenza secondo la quale sono determinanti i dati statistici più attuali a disposizione al momento della decisione di rendita (cfr. STF 8C_78/2015 del 10 luglio 2015 consid 4 e 9C_526/2015 dell'11 settembre 2015 consid. 3.2.2). Ritenuto che la decisione che l'Ufficio AI – dopo aver effettuato i succitati accertamenti medici (cfr. consid. 2.11.2) – dovrà emettere sarà posteriore alla pubblicazione dei dati del 2012, il reddito da invalido andrà stabilito facendo capo all'edizione 2012 della Tabella TA1 (in argomento cfr. la STCA 31.2015.109 del 27 giugno 2016, consid. 2.10). Va inoltre segnalato che, nella STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4, il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di

multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata ancora confermata dall'Alta Corte nella STF 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. 2.13. Visto tutto quanto sopra esposto la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuati gli ulteriori accertamenti medici necessari (cfr. consid. 2.11.2), si pronunci nuovamente sulla nuova domanda di prestazioni dell'ottobre 2014. 2.14. 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. Al ricorrente, patrocinato dall'avv. RA 1, vanno inoltre riconosciute le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa) per complessivi fr. 2'000.-- (IVA inclusa). La domanda di assistenza giudiziaria diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

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