

TI_GERICHTE 32.2016.133 vom 17. Oktober 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-10-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.133

FR: TI_GERICHTE 32.2016.133 du 17 octobre 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.133 del 17 ottobre 2016

Regeste

Soppressione della rendita. Stigmatizzato che in Ticino il sistema aleatorio di assegnazione peritale non rispecchia la giurisprudenza. Tuttavia conferma perizia multidisciplinare, come pure della valutazione economica (contestazione delle attività esigibili e dei redditi da valido e invalido)

Erwägungen

E. 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). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se

l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. Nella presente fattispecie, nell'ambito della revisione della rendita, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia reumatologica a cura del dr. _____. Nel referto 20 febbraio 2014 egli ha posto le seguenti diagnosi: " (...) A.4 DIAGNOSI A.4.1 Diagnosi reumatologiche con ripercussioni sulla capacità di lavoro Sind. lombovertebrale cronica senza neurologia su/con: - osteocondrosi L5/S1 con ernia discale paramediana dx. Sind. cervicovertebrale cronica senza neurologia su/con: - discopatia C3/4, C4/5 Iniziale gonartrosi prevalentemente mediale d.d.p. su/con: - meniscectomia mediale ginocchio dx 1993 circa - meniscectomia subtotale e apertura artroscopia ciste parameniscaie ginocchio dx 12/2013 - meniscectomia artroscopica mediale ginocchio sx 03/2012 A.4.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Sind. depressiva. Cefalee, rispettivamente emicranie recidivanti. (...)" (pag. 321-322 incarto AI) Esaminata la documentazione agli atti, dopo aver proceduto alla valutazione lo specialista ha rilevato che, riguardo alla capacità lavorativa, la problematica principale è quella lombare, ritenendo invece d'importanza subordinata quella delle ginocchia e quella cervicale. Egli ha poi indicato le limitazioni fisiche (cfr. pag. 324 incarto AI). Il perito ha poi concluso di non ritenere l'assicurato idoneo a svolgere la sua ultima attività di autista, valutando che: " (...) Un'attività adatta al paz. è dunque un'attività leggera e variata, nel rispetto dei limiti precedentemente definiti (B.1). Dal lato reumatologico, in attività lavorativa adatta così definita, a partire dal momento di questa perizia, può di nuovo essere ritenuta una capacità lavorativa del 50%, vale a dire per un lavoro a metà tempo con pieno rendimento". (pag. 326 incarto AI). Avendo fra l'altro preso conoscenza dall'assicurato, successivamente al progetto di decisione 5 maggio 2014, dell'esistenza di una patologia psichiatrica (cfr. certificato 11 giugno 2014 del dr. _____ inc. AI pag. 357; rapporto 8 settembre 2014 dello stesso psichiatra curante in cui diagnostica un disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline; pag. 375 incarto AI), il SMR ha ritenuto necessario far esperire una perizia pluridisciplinare (pag. 393 incarto AI), il cui incarico è stato conferito il 1° ottobre 2015 (doc. 176 incarto AI). Dal referto datato 25 febbraio 2016 (doc. 239 incarto AI) risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____) e neuropsicologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo di personalità non altrimenti specificato (ICD-10 F 60.9). Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2). Sindrome cervicovertebrale con/su: - componente cervicocefale, - alterazioni degenerative plurisegmentali prevalentemente localizzate ai segmenti C3-4, C4-5 e C5-6 Sindrome lombovertebrale con/su: - possibile instabilità segmentale su discopatia osteocondrosica al segmento L5-S1 con traction spurs di Mc Nabb. Cefalee in buona parte emicraniche, croniche. 5.2. Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Gonalgie recidivanti con/su: - alterazioni degenerative, - progressiva meniscectomia mediale a ds., agosto 1992, dicembre 2013; - progressiva meniscectomia mediale a sin., marzo 2012" (pag. 457-458 incarto AI) . Dopo aver proceduto ad un'esauritiva valutazione particolare e globale, i periti hanno concluso per una capacità lavorativa globale del 40% (combinazione di riduzione delle ore di lavoro e del rendimento) nella precedente attività e del 50% in attività adeguate rispettose delle limitazioni fisiche, con decorrenza dal mese di luglio 2014 (sei mesi dopo

l'intervento al ginocchio destro). Sono state ritenute invalidanti le affezioni psichica (incapacità lavorativa del 40%), reumatologica (incapacità lavorativa del 50% nell'ultima attività svolta; incapacità lavorativa del 30% in attività adeguate) e neurologica (30% di abilità lavorativa a seguito dell'emicrania cronica, con almeno tre crisi settimanali; 50% tenendo conto delle patologie al rachide). In particolare, sono stati elencati i seguenti deficit: " (...) La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta alle patologie al rachide (l'A. è limitato in attività non ergonomiche per il rachide lombare e cervicale; può alzare pesi sino a 10 kg; è limitato in movimenti di rotazione, flessione ed estensione del tronco in modo ripetuto; può mantenere la posizione seduta per almeno un'ora e la posizione in piedi cambiando appoggio per 30 min.). A livello psichico l'A. appare disforico, difettoso nella caricabilità psicofisica, iporeattivo, difettoso nel cognitivo con ricadute negative sull'organizzazione. A livello neurologico è limitato dall'emicrania cronica (...)" (pag. 465 incarto AI). Dopo aver proceduto poi al raffronto dei redditi (cfr. consid. 2.3), dal quale è risultato un grado d'invalidità del 57%, con la decisione contestata l'Ufficio AI ha dapprima riconosciuto una rendita intera dal 1° ottobre 2013 (ossia tre mesi dal peggioramento dovuto all'intervento chirurgico al ginocchio destro) al 30 settembre 2014 (tre mesi dopo il ripristino della capacità lavorativa globale del 50% fatto risalire al luglio di quell'anno), con ripristino al 1° ottobre 2014 dell'erogazione della mezza rendita. 2.5. Il ricorrente chiede ora al TCA di accertare se nel nostro Cantone il sistema aleatorio di assegnazione delle perizie SuisseMED@P sia garantito, ritenuto che l'Ufficio AI conferisce sempre al SAM di Bellinzona l'esecuzione di perizie multidisciplinari, sostenendo inoltre che sia giunto il tempo di sanzionare, mediante l'annullamento della presente procedura, tale modo di procedere. Innanzitutto occorre evidenziare, come rettamente sottolineato in sede di dibattito pubblico dall'Ufficio AI, che l'assicurato non ha reagito alla comunicazione 1° ottobre 2016 dell'Ufficio AI in cui era stato indicato il SAM quale centro peritale, oltre ai nominativi dei medici specialisti che avrebbero proceduto a visitare e peritare l'interessata (doc. 176 incarto AI). Non ha infatti né contestato l'assegnazione del mandato al SAM e tantomeno riacquisito i periti medici. Pertanto la censura sollevata risulta essere tardiva. Ciononostante, occorre ricordare che con STCA 32.2014.154 consid. 2.6. del 3 giugno 2015 questo Tribunale, dopo aver proceduto a diversi accertamenti presso l'UFAS e l'Ufficio AI, ricordando fra l'altro come il TF abbia ribadito che la scelta del centro peritale incaricato deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (DTF 140 V 507 consid. 3.1, vedi pure: STF 8C_771/2013 del 10 dicembre 2013) – sistema di designazione dei periti che "... lo scopo di contrastare i timori di parzialità dei centri a sfavore degli assicurati, vista la loro dipendenza economica dall'AI e l'obiettivo di ridurre le rendite" (STCA citata consid. 2.6 pag. 26) - aveva accertato "... che attualmente la giurisprudenza federale non è rispettata in quanto è praticamente sempre il SAM di Bellinzona ad effettuare le perizie pluridisciplinari ordinate dall'Ufficio AI ticinese" (STCA citata consid. 2.6 pag. 30). Pertanto questa Corte, in conclusione, aveva evidenziato: " Non spetta al TCA, bensì all'UFAS, trovare una soluzione che rispetti anche per il Cantone Ticino quanto stabilito dall'Alta Corte, senza allungare i tempi delle procedure per gli assicurati ticinesi e senza provocare un sensibile aumento dei costi. Questo Tribunale ritiene comunque che, innanzitutto, dovrebbe essere ribadita ed intensificata (cfr. consid. 1.12) la richiesta ad alcuni dei centri peritali già convenzionati con l'UFAS di disporre di medici nell'organico o come consulenti esterni da interpellare in caso di necessità, che siano in grado di effettuare perizie (soprattutto psichiatriche) anche in lingua italiana. Il TCA formula poi l'ipotesi di creare un altro centro peritale di lingua italiana (ad esempio dal Rapporto annuale 2014 del

ZMB di Basilea a pag.4 risulta che, in quella regione, vi sono attualmente 5 centri peritali), coinvolgendo l'Ordine dei medici e magari approfittando delle conoscenze di cui dispongono le numerose cliniche private presenti sul territorio cantonale, dove sono attivi specialisti di diverse discipline mediche (...). Il vantaggio di un nuovo centro peritale in Ticino sarebbe quello di disporre di medici che padroneggiano spesso le tre lingue nazionali e che potrebbero così essere disponibili per effettuare le perizie anche per degli assicurati provenienti da tutta la Svizzera. Questo Tribunale ritiene infine che soltanto un sistema che permetta ogni volta la scelta tra un certo numero di centri peritali (almeno tre), garantisca realmente il rispetto del principio aleatorio. L'UAI è pertanto invitato ad attivarsi presso l'UFAS per mettere in atto al più presto i correttivi necessari per adattare l'attuale prassi alla giurisprudenza federale, senza che ne derivi alcun peggioramento per gli assicurati di lingua italiana per quanto riguarda i tempi di attesa." (STCA citata consid. 2.6 pagg. 31 e 32). Ora, in sede di risposta l'Ufficio AI ha rilevato: " (...) In merito al sistema di scelta del centro peritale lo scrivente Ufficio AI rileva che il caso del signor RI 1 è andato in piattaforma in rete SwissMED@P per la designazione del centro peritale con conferimento del mancato SAM con comunicazione del 22 settembre 2015 (inc. AI, doc. 172) e con indicazione dei periti incaricati (inc. AI, doc. 175). Le imperfezioni del sistema SwissMED@P per il Cantone Ticino sono state sottolineate dal lodevole TCA con sentenza inc. n. 32.2014.154, come ripreso la controparte, con indicazione della necessità di porre i correttivi al sistema per il Cantone Ticino, affinché rispetti quanto stabilito dall'Alta Corte per il principio di aleatorietà. Si rileva che tale questione è di competenza dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), il qual conclude le convenzioni con i vari centri peritali. Infatti, l'Ufficio AI del Cantone Ticino, come anche i restanti Uffici AI della Svizzera è semplice utente della piattaforma. Lo scrivente Ufficio AI non ha nessuna competenza nella gestione della piattaforma SwissMED@P. Da subito lo scrivente Ufficio AI aveva segnalato a chi di dovere (UFAS) la problematica, come invitato dal lodevole TCA. Dando seguito a tale richiesta, l'UFAS ha reso nota l'introduzione nella piattaforma informatica del Centro CEMed di Nyon, quale secondo istituto in grado di offrire perizie in lingua italiana. (...)” (Doc. VIII pag. 4) Successivamente al pubblico dibattito del 5 settembre 2017, su richiesta di questa Corte, l'Ufficio AI ha trasmesso il menzionato scritto dell'UFAS, il quale in data 17 dicembre 2015 ha informato: " (...) che il centro peritale della Svizzera romanda disposto ad effettuare delle perizie mediche pluridisciplinari è il Cemed, con sede a Nyon. Le modifiche della piattaforma informatica SuisseMED@P per permettere l'attribuzione di mandati in italiano a questo centro sono state realizzate. Spetta ora al Cemed stesso pianificare concretamente delle perizie in lingua italiana” (doc. 423)” Al riguardo il presidente di questa Corte si è così espresso: " (...) Alla fine del 2015 ho segnalato all'UFAS e al Direttore del Dipartimento della sanità e della socialità il mio stupore per il fatto che non si sia ancora risolto il problema, ad esempio chiedendo (o se necessario imponendo) almeno a qualcuno dei centri riconosciuti, che il 1° luglio 2016 erano 29 (compreso di SAM di Bellinzona) di disporre, in caso di necessità, di specialisti (soprattutto psichiatri) che conoscano la lingua italiana. Nella sentenza abbiamo indicato che il sistema dovrebbe operare la scelta ameno tra 3 o 4 Centri peritali. Mi auguro che il problema venga infine risolto. Un secondo centro, il CEMED di Nyon, è nel frattempo stato inserito nella piattaforma. (...)” (cfr. D. Cattaneo, “Novità legislative e giurisprudenziali in materia di assicurazioni sociali” in RtiD II-2016 pag. 325 seg. (340) Fatto sta che oggi non risulta che nella Svizzera Italiana vi siano almeno tre centri peritali, numero minimo che possa realmente garantire il rispetto del principio aleatorio, così come auspicato

nella STCA citata del 3 giugno 2015. Questa Corte, al riguardo, non può che ribadire quanto già stabilito nel giugno 2015. L'annullamento della presente procedura, quale misura sanzionatoria proposta dalla ricorrente, non risulta tuttavia proponibile. Il TCA segnalerà comunque all'UFAS che l'attuale situazione è insoddisfacente. Occorre ora esaminare la validità della valutazione medico-teorica operata dall'Ufficio AI. 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. 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 eseguibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/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 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). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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 pag. 109 consid. 3a)cc) 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.7.

Nell'evenienza concreta, richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici di cui al considerando precedente, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato, sino al momento della resa della decisione contestata (30 agosto 2016) – per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) – le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali. La nuova documentazione medica prodotta pendente causa non permette inoltre di discostarsi dalle valutazioni peritali, questo per i seguenti motivi. 2.7.1. Contestata è in primo luogo la valutazione psichiatrica eseguita per conto del SAM dalla dr. ssa _____ di cui al rapporto 14 dicembre 2015. Fondandosi su due test (test teuropsicologico e un Millon test III), dopo aver proceduto alla consueta anamnesi, alla descrizione dello status, la perita ha diagnosticato un disturbo di personalità non altrimenti specificato (ICD 10; F 60.9) ed una sindrome ansioso depressiva (ICD, F 41.2). Quanto alla diagnosi, la dr.ssa _____ si è distanziata dal disturbo di

personalità di tipo Borderline posta dallo psichiatra curante, dr. _____, in quanto: " (...) Non sarei d'accordo con il curante _____ che il disturbo di personalità sia di tipo Borderline in senso stretto, mi pare più adeguata la dizione di un disturbo di personalità Non Altrimenti Specificato stante l'assenza a mio avviso di stigmati più caratteristicamente borderline e la presenza di aspetti narcisistici, inadeguati e dipendenti piuttosto evidenti. Di fatto poi il prodotto rispetto alla percentuale di IL riconosciutagli non cambia. La presenza di note ansiose e depresse a mio avviso contribuisce a n e la capacità di caricabilità, di reazione e di utilizzo di risorse ancora presenti ma coartate. (...)” (pag. 477 incarto AI). Ella ha poi concluso: " (...) Soggetto fragile, precocemente evidenzia un disagio psico-sociale che non consente l'accesso stabile e duraturo al mondo del lavoro. Nonostante ciò egli accede e per alcuni anni mantiene, seppure senza continuità, una presenza nel mondo del lavoro. Qualcosa nel 2013 ha messo in discussione questa capacità di risposta, di reazione e fatto procedere l'A in un ritiro motivato a suo dire dalla presenza del dolore e dell'essersi sentito non aiutato dai medici, nessuno risponde e lo si lascia solo in questo dolore tormentoso e nel timore di un futuro che lo spaventa. La presa a carico psichiatrica per ora non ha potuto riportare l'A ad un funzionamento maggiore, a mio avviso soprattutto per un atteggiamento difeso e protetto dell'A che poco consente l'avvicinamento dell'altro, unica possibilità di accedere ad un reale aiuto. Consiglio di modificare la terapia farmacologica con l'uso di modulatori e/o atipici (seppure off label) per dare mi effetto di spinta sull'azione antidepressiva e sulla soglia del dolore ed anche per stimolare una maggiore apertura e reazione di questo disturbo di personalità. Manifesta una IL del 40 % per aspetti di interesse psichiatrico che si definiscono in un difetto della caricabilità, un limite seppure lieve del funzionamento cognitivo che rende difficoltosa la resistenza, la reazione, l'organizzazione e il sostenere i propri percorsi e scelte, umore sfumatamente deflesso ma disforico. Il limite è di rendimento: consiglio un percorso di reinserimento propedeutico in ambiente lavorativo confacente al danno fisico di base così da non sottoporre l'A a uno stimolo superiore alle sue possibilità che attiverrebbe un peggioramento clinico psichiatrico e una maggiore resistenza e chiusura. Utile un'attività semplice, statica, senza pesi eccessivi. Utile la partecipazione e condivisione del programma propedeutico con lo psichiatra curante che può funzionare da sostegno al percorso. (...)” (pag. 477 incarto AI). per poi porre la seguente valutazione sulla capacità lavorativa: " (...) CL del 60% per tutte le attività teoricamente compatibili come detto con il quadro fisico e i sintomi dolorosi. Si consiglia reinserimento propedeutico con adeguata riformazione. Il limite del 50% è di rendimento e presente da inizio 2014 (reattivamente dopo il secondo intervento al ginocchio del 12.2013) e non mostra da allora sostanziali modifiche. (...)” (pag. 478 incarto AI) Con presa di posizione 13 maggio 2016 alla valutazione peritale, lo psichiatra curante ha rilevato: " (...) Per quanto riguarda la valutazione fatta dalla collega _____ sottolineo soltanto che non accetto modifiche di diagnosi né tantomeno consigli su terapie offlebel che non sono rimborsate dalle casse malati. L'impostazione di una terapia farmacologica è frutto di un lavoro complesso di interazioni continue, di rapporti continui con il paziente. Figurarci di proporre terapie offlebel. Faccio notare inoltre, essendo medico curante dal 9.50.2014 del signor RI 1, che la valutazione di disturbo di personalità è molto più coerente e credibile da questa parte che in un'unica occasione effettuata per conto dell'amministrazione. La collega poi omette nelle valutazioni emerse dai profili neuropsicologici la possibilità della presenza evocata dallo psicologo di un grave disturbo di personalità, infatti per le considerazioni espresse sopra possiamo escludere di trovarci nella presenza di un aggravamento mentre la latenza e lentezza del paziente nell'affrontare i compiti proposti dallo psicologo sono

perfettamente consoni al quadro anamnestico che ho descritto nei miei rapporti precedenti e che danno luogo alle problematiche di personalità in diagnosi. La frase quindi dello psicologo _____ che parla della presenza possibile di un grave disturbo psicopatologico nel contribuire attualmente ad un altro conteggio nella scala di controllo, merita quindi una particolare attenzione da parte del clinico psichiatra, intendo riferirla principalmente alla posizione dello psichiatra curante e non quella di uno psichiatra osservatore per l'Amministrazione. Sostanzialmente quindi riconfermo la mia valutazione sia diagnostica che rispetto alla capacità al guadagno di questo paziente che rimane nulla". (pag. 531 incarto AI). In risposta, con scritto 7 luglio 2016 la perita ha preso posizione in merito a quanto sostenuto dallo psichiatra curante. In particolare ha rilevato: "(...) Non ero né sono d'accordo con il curante _____ che il disturbo di personalità sia di tipo borderline in senso stretto, mi pare più adeguata la dizione di un disturbo di personalità Non Altrimenti Specificato stante l'assenza a mio avviso di stigmati più caratteristicamente borderline e la presenza di aspetti narcisistici, inadeguati e dipendenti piuttosto evidenti. La presenza di note ansiose e depresse a mio avviso contribuiva a ridurre la capacità di caricabilità, di reazione e di utilizzo di risorse ancora presenti ma coartate. Concludevo per una IL del 40 % per aspetti di interesse psichiatrico (...)" (sottolineatura del redattore, pag. 541 incarto AI). Quanto alla terapia farmacologica proposta e criticata dallo psichiatra curante, la dr.ssa _____ sostiene: "(...) I miei suggerimenti in ambito farmacologico o altro hanno sempre il senso di completare la perizia che con aspetti propositivi per accedere ad una eventuale esigibile modifica del funzionamento degli assicurati per ottimizzare risorse e interventi. E' noto che le terapie in ambito di DP non sono affatto definibili, certamente non in un ambito di "label". Così come invece la clinica e prestigiosi autori di riviste specializzate, si sono ampiamente espressi sull'utilità di alcune terapie offlabel stante che la funzione del curante non è solo attenersi ad una norma ma procedere secondo scienza e coscienza per ottenere il massimo di beneficio per il paziente. I dati descritti nel certificato del curante non apportano elementi di utilità e novità che possano determinare una modifica della mia posizione del 2015". (sottolineature del redattore, pag. 541 incarto AI). In data 27 gennaio 2017 lo psichiatra curante ha ribadito le perplessità non solo in merito alla valutazione peritale psichiatrica ma più generale riguardo alla stessa perizia SAM: "(...) Sostanzialmente e concludo, ritengo non accettabile la valutazione fatta dall'Amministrazione che non tiene conto del disturbo dell'umore del paziente con un concomitante disturbo di personalità, sofferente per un'emicrania cronica e diverse problematiche già riconosciute al rachide dorsale. Sinceramente mi sembra improponibile che un paziente con una storia clinica così intricata e complessa possa essere oggettivamente riconosciuto inseribile in un qualsiasi ambiente di lavoro normale che tenga conto delle problematiche alla schiena dell'emicrania, del disturbo di personalità e il suo umore altalenante, Le comunico inoltre e termino, informandola che all'ultimo incontro paziente era altamente reattivo alla situazione e non escludo la possibilità di comportamenti a rischio tipo acting out in un paziente che si sente francamente deriso sulla propria sofferenza. Questo ovviamente determinerebbe interventi ancora più incisivi da parte mia sul paziente a sua protezione. (...)" (Doc. B) Infine, il 22 febbraio 2017 la dr.ssa _____ ha sostanzialmente ripreso le parti salienti della sua perizia, rispondendo inoltre anche alle critiche formulate nei suoi confronti dal legale dell'assicurato. Quanto alla succitata presa di posizione del dr. _____, la perita ha rilevato: "(...) Ciò detto il resto del materiale del collega _____ del 01.2017 non apporta elementi decisivi che consigliano di rivedere la mia posizione: anche al collega mi corre l'obbligo di far notare che

la sottoscritta "medico dell'Amministrazione" (per la quale dizione ringrazio di cuore) non ha visto il soggetto per una mezz'oretta ma per due colloqui di 60 e 30 minuti, tempo utile e sufficiente per potersi esprimere rispetto alla diagnosi psichiatrica visto che lo stesso collega utilizza tempi simili in attività simili. In pronto soccorso e nelle urgenze in generale, siamo chiamati a fare anche in tempi minori un'accurata valutazione e a decidere di conseguenza. Il collega manca anche di rilevare che c'è un'altra importante differenza tra un curante ed un medico neutrale dell'Amministrazione, cioè che quest'ultimo non è tenuto ad alcuna "lealtà" o difesa di "interessi personali", se non quelli stabiliti dal il suo giuramento. Peraltro sempre la sottoscritta direi che non solo deve "permettersi di dare consigli" contrariamente a quanto supposto dal collega: anzi, quale perito è tenuta proprio a definire la diagnosi, stabilire la percentuale di IL e definire un progetto di cui l'approccio farmacologico è parte integrante-determinante. Ciò detto ascoltare il consiglio di un collega non l'ho mai trovato disdicevole né squalificante nella mia professione, consiglio a Teodori la medesima posizione. Suggestire un farmaco off label quando la letteratura ne suggerisce l'utilità e la pratica anche, non è un crimine ma un atto di riflessione autonoma e di responsabilità medica che affronto sempre con molta attenzione e perizia. Concordo con il collega rispetto al fatto che è suo compito agire a tutela del paziente in merito ai "rischi tipo acting out" e della sua - del collega-, posizione di garanzia quale curante: ricordo peraltro che il paziente ha già in passato mostrato aspetti di impronta antisociale che lo hanno portato a problemi legali ed anche di questo egli deve tenere conto e chiamarsi a responsabilità. Ciò detto, credo di aver risposto per quanto dovuto." (doc. XVI/3) Il 12 aprile 2017 ha ribadito le sue perplessità sulla valutazione peritale psichiatrica (doc. F). Ora, nel ricorso l'assicurato contesta la valutazione della perita, sostenendo fra l'altro che: "(...) Peraltro tale dottoressa non è ancora, per quanto ne sappiamo, ben inserita nel nostro sistema sanitario non avendo ancora avuto il riconoscimento di specialità, pur operando da diversi anni. Eppure essa pretende di sostituirsi, in soli 90 minuti, al medico psichiatra curante che vede il proprio paziente tre volte al mese. Non si tratta di una critica personale quanto di una constatazione di come la perita si ponga in maniera errata di fronte a tali problemi e ciò da diversi anni malgrado le critiche già ricevute (cfr. ad esempio sentenza del TAF C-8782/2010 del 25 novembre 2011). Vedi anche in seguito nell'ambito della valutazione non effettuata della sindrome somatoforme. (...)” (Doc. I pag. 10-11) In merito alle qualifiche della dr. ssa Castra, va fatto riferimento alla STCA 32.2007.162 dell' 8 aprile 2008 in cui questa Corte aveva rilevato: "(...) Nella fattispecie concreta, dalle precisazioni richieste al SAM (cfr. doc. XII), questo Tribunale ha appurato che la dr.ssa _____, è in possesso, dal 16 novembre 2005, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del titolo in psichiatria e psicoterapia (doc. XII/1), sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del diploma di laurea in medicina e chirurgia e del diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e della chirurgia conseguiti all'estero.” (doc. XII/2) Pertanto, la perizia psichiatrica del 15 marzo 2006 allestita dalla dr.ssa _____ per conto del SAM può essere presa in considerazione dal TCA. (...)” (cfr. anche STCA inc. 32.2007.216 del 26 maggio 2008 consid. 8). Che poi, con riferimento alla sentenza del TAF, in quell'occasione la valutazione della dr.ssa _____ sia stata ritenuta da quel Tribunale “non (...) compiuta in modo corretto” non pregiudica in generale la validità delle perizie da lei eseguite. Quanto alla durata della perizia, va fatto presente che la validità di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e conclusione (cfr. STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti). Al di là dello

scambio di vedute tra la perita ed lo psichiatra curante riguardo ai “suggerimenti in ambito farmacologico”, determinante è che la valutazione della dr.ssa _____ è dettagliata ed esaustiva. Essa del resto ha preso posizione in modo convincente riguardo alla differente valutazione dello psichiatra curante, in particolare per quel che concerne il genere di disturbo della personalità e le conseguenze sulla capacità lavorativa. Infine, riguardo alla differente tipologia del disturbo della personalità posta dallo psichiatra curante e la perita psichiatra, occorre ricordare che secondo giurisprudenza, per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti). Certo, il dr. _____ sostiene “ non accettabile la valutazione fatta dall’Amministrazione che non tiene conto del disturbo dell’umore del paziente con un concomitante disturbo di personalità, sofferente per un’emicrania cronica e diverse problematiche già riconosciute al rachide dorsale”. Fatto sta che l’Ufficio AI si è fondato su una perizia multidisciplinare in cui, oltre ai periti del SAM, hanno interagito tre diversi specialisti esterni, valutazione ritenuta, come verrà esposto nel prosieguo, affidabile e concludente (cfr. consid. 2.7.5).

2.7.2. Riguardo all’aspetto reumatologico, nella perizia 29 novembre 2016 il dr. _____, diagnosticata le patologie reumatologiche riportate sopra (cfr. consid. 2.4), tenuto conto dei reperti soggettivi ed oggettivi, dopo aver proceduto ad un’accurata valutazione ha esposto i seguenti limiti funzionali: “ (...) L’assicurato è limitato in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale che sia quella lombare come pure cervicale. Limitato nel sollevare dei pesi per un massimo di 10 Kg saltuariamente. Limitato nei movimenti di rotazione, flessione ed estensione del tronco ripetuti. Limitato nel mantenere delle posizioni statiche prolungate sia in posizione seduta che in piedi. La posizione seduta può essere mantenuta per almeno un’ora mentre la posizione in piedi cambiando appoggio, a detta dell’assicurato, al massimo per 30 min. La deambulazione è libera per 300 m poi deve riposare. A mio modo di vedere, al momento, non vi sono limitazioni significative per quanto riguarda i disturbi alle ginocchia. Può inginocchiarsi, può salire e scendere le scale senza grandi difficoltà. (...)”. (pag. 489-490 incarto AI). Accertato come i disturbi più invalidanti dell’assicurata siano legati alla colonna lombare (cfr. pag. 488 incarto AI), circa l’incapacità lavorativa nell’ultima professione svolta dall’assicurato, il perito, distanziandosi dalle valutazioni del dr. _____ e dr. _____, ha concluso: “ (...) I colleghi reumatologi che hanno visitato l’assicurato in ambito peritale il Dr. med. _____ e anche il Dr. med. _____ hanno determinato un’incapacità lavorativa per questa attività professionale del 100% e questo a partire dall’interruzione della sua attività lavorativa del 09.07.2013. Personalmente ritengo che dopo l’intervento chirurgico avvenuto al ginocchio destro al più tardi a sei mesi da questo intervento l’incapacità lavorativa in questa attività professionale raggiunga il 50%. Valuto in effetti che da parte dei colleghi questa incapacità lavorativa sia stata sovrastimata, in particolar modo se si tiene conto del fatto che l’assicurato può effettivamente alzare dei pesi fino a 10 kg, può spostarsi in automobile per brevi tratti e l’entrare e uscire dall’autoveicolo non è particolarmente limitante. A mio modo di vedere nella valutazione della patologia alla colonna vertebrale non si è tenuto in considerazione in modo sufficiente la componente di tipo funzionale da me menzionata nel paragrafo 5. Si tratterebbe, dal mio punto di vista, di una riduzione del tempo di lavoro per un rendimento al 100% con un lavoro da svolgere sull’arco di una mezza giornata. (...)” (Doc. AI pag. 490) Circa la capacità lavorativa residua in un’attività lavorativa adatta, il perito reumatologo ha evidenziato: “ (...) Per quanto riguarda un’attività lavorativa adatta valgono a mio modo di vedere le medesime considerazioni espresse nel

paragrafo precedente. In particolar modo anche per un'attività lavorativa adatta mi sembra che la capacità lavorativa determinata dai colleghi del 50% possa essere attualmente corretta con una capacità lavorativa superiore che raggiunga, dal punto di vista reumatologico, il 70%. Ritengo in effetti che venute a mancare le limitazioni funzionali determinate dalle patologie alle ginocchia per le sole problematiche alla colonna vertebrale vi sia una residuale incapacità lavorativa del 30% in un lavoro adatto quale riduzione del rendimento per un'attività svolta sull'arco di un'intera giornata. Penso a questo proposito per esempio all'attività svolta di custode o guardiano presso l'_____. Questa incapacità lavorativa può essere sommata in parte con altre patologie di tipo neurologico o di tipo psichiatrico. La prognosi per quanto riguarda la patologia alla colonna cervicale è da considerare favorevole. Per la colonna lombare la prognosi è piuttosto riservata. Da evitare nell'ambito del possibile degli interventi di tipo invasivo. Per le ginocchia da considerare favorevole. Per quanto riguarda i disturbi accusati dall'assicurato piuttosto sfavorevole. (...)” (pag. 490-491 incarto AI). A tale dettagliata valutazione va prestata adesione, ritenuto inoltre che agli atti non vi è documentazione medica che apporti nuovi elementi e tantomeno che smentisca quanto ritenuto dal perito. Certo, le sue conclusioni, debitamente motivate, in merito alla residua capacità lavorativa nell'originaria attività svolta dall'assicurato si differiscono da quelle dei periti _____ e _____ (cfr. perizia 12 dicembre 2013 eseguita per conto del datore di lavoro, doc. 133 incarto AI), i quali l'avevano ritenuta pienamente inabile. Determinante è piuttosto che la capacità lavorativa del 50% in attività adeguate sia stata condivisa sia dr. _____ (cfr. pag. 326 incarto AI) che dal dr. _____ (pag. 293 incarto AI). Va infine fatto presente che la problematica dell'emicrania rilevata dal dr. _____ (“... l'assicurato segnala episodi emicranici frequenti 2-3 episodi alla settimana della durata di circa 4 ore che reagiscono attualmente piuttosto bene con Maxalt ”; pag. 483 incarto AI) è stata analizzata dal perito neurologo, dr. _____ (cfr. consid. 2.7.3). 2.7.3. Nel referto 13 novembre 2015 il dr. _____ ha diagnosticato dal punto di vista neurologico “cefalee in buona parte emicranico, croniche; sindrome panvertebrale su alterazioni statico-degenerativa del rachide cervicale, prolassi medio-laterali destri, C4-C6, grave discopatia L5- S1, con prolasso discale medio-laterale destro” (pag. 492 incarto AI). Dopo aver proceduto ad una dettagliata valutazione, in merito alla capacità lavorativa ha concluso: “ (...) dal punto di vista strettamente neurologico, prendendo in considerazione l'emicrania cronica, con almeno tre crisi alla settimana, che passano parzialmente con la presa di Maxalt, dal punto di vista medico-teorico valuterei un'incapacità lavorativa per questo problema non superiore al 30%, presenza inoltre di disturbi cronici a livello lombo-sacrale e cervicale, con sicuramente un aumento dei dolori in posizione eretta o camminando a lungo, in presenza di alterazioni statico-degenerative, per cui, dal punto di vista strettamente neurologico, arriverei ad un'incapacità lavorativa del 50%. (...)” Pendente causa l'assicurato ha prodotto una valutazione neurologica del 17 febbraio 2017 a cura della dr. ssa _____. Diagnostica “ un'emicrania senza aura cronica, esaminata una risonanza magnetica (attestante grossolona cisti aracnoidea cerebellare sx, alterazione di segnale a livello cerebellare sx, DD: artefatto vs malformazione vascolare) ”, la specialista ha evidenziato: “ (...) ANAMNESI: Il paziente lamenta cefalee quasi quotidiane da ormai anni. Queste sono caratterizzate da un dolore pulsatile, a volte più a dx, a volte più a sx, in intensità molto elevata: 8 a 9-10/10 e accompagnate da fono e fotofobia, nausea e peggioramento dei sintomi al movimento. Se il paziente non assume un triptano, il dolore non cessa e può durare fino a 72 ore legandolo al letto. Non vi sono sintomi neurologici accompagnatori (aura) prima o durante la cefalea che

a questo punto si può ritenere di carattere emicranico. Il paziente, che è già stato visitato da un altro neurologo e che conosce dunque la diagnosi di emicrania, aveva già provato quasi tutti i trattamenti classici per il trattamento di fondo dell'emicrania e nella fattispecie: medicinali antiepilettici e antidepressivi ma non betabloccanti, che gli ho prescritto e che oltre a non essere efficaci, sono stati smessi per effetti secondari a livello della sfera sessuale. Fortunatamente, per quanto riguarda le crisi emicraniche, queste vengono placate in circa i 2/3 dei casi con i triptani. Nonostante l'anamnesi normale non deponesse per un'emicrania secondaria, allo status si mettevano in evidenza dei minimi segni cerebellari a sx; ho dunque voluto che il signor RI 1 beneficiasse di una RM cerebrale. Questa ha mostrato una ciste aracnoidea pericerebellare sx, che a mio avviso non ha un significato patologico, nonché un'alterazione di segnale cerebellare sx, che potrebbe essere spia di una malformazione vascolare e che necessiterebbe, con una certa urgenza, di essere approfondita. Ho spiegato l'importanza di tutto ciò al paziente, che allo stato attuale è stanco e preoccupato e non trova la forza di pensare ad altri esami. CONCLUSIONE: Il signor RI 1 soffre di un'emicrania cronica e dunque particolarmente invalidante e necessiterebbe di ulteriori indagini nonché trattamenti, in quanto questa patologia, come nota, può ed è in questo caso invalidante e distruttiva per quanto riguarda la qualità della vita sia in ambito privato che professionale.” (Doc. D) Con scritto 13 marzo 2017 il dr. _____ ha preso posizione in merito al succitato rapporto: " (...) la presenza di cefalee, in parte dal carattere emicranico, cefalee già presenti fin da bambino, da quanto mi aveva descritto l'Assicurato, aumentate di frequenza nel corso degli ultimi anni, apparentemente tendono a regredire con la presa di Triptani: bisognerebbe sapere se non esiste un abuso di questi medicinali, che se presi più di 8 volte al mese possono provocare assuefazione, come tutti gli altri antalgici. L'Assicurato è stato nel frattempo seguito dal punto di vista neurologico dalla Dottoressa _____, FMH in Neurologia a _____, che ha confermato la natura emicranica delle cefalee, piuttosto croniche attualmente, sempre piuttosto ribelli ad ogni tipo di trattamento preventivo. Un recente trattamento con betabloccanti è stato interrotto dall'Assicurato immediatamente, denunciando degli effetti secondari; consumo di Triptani abbastanza efficaci: nel rapporto non si parla di frequenza delle crisi, nè della frequenza di assunzione dei Triptani stessi. (...)” (Doc. XVIII/2 pag. 1) Poi ha aggiunto: " (...) La Dottoressa aveva richiesto anche una MRI cerebrale il 6.2.2017 alla Clinica di _____ di _____, dove si descrive la presenza di una grossolana ciste aracnoidea cerebellare sinistre, nonché un'alterazione di segnale dopo somministrazione di mezzo di contrasto a livello della regione cerebellare di sinistra, nella DD un artefatto di movimento, non si può escludere tuttavia con certezza una malformazione vascolare: in tutti i casi non sono descritti esiti di pregresse emorragie locali. La Dottoressa _____ descriveva anche dei "minimi segni cerebellari sinistri" che non vengono tuttavia descritti. Ricordo che in passato era stato esaminato dal Dottor _____, FMH In Neurologia a _____ e anche all'esame eseguito dal sottoscritto il 13.11.2015 non avevo messo in evidenza nessun deficit sospetto di natura cerebellare in particolare le prove di Romberg e Unterberger erano normali così come le prove di coordinazione e il tono muscolare. L'Assicurato mostrava solo una marcia prudente ma senza asimmetrie, riusciva a camminare anche a funambolo, sulle punte e sui talloni, con gli occhi chiusi, senza problemi. Non ho avuto a disposizione le immagini della MRI in questione. Ricordo che le cisti aracnoidee sono solitamente di origine congenita, e, pur essendo quasi sempre di dimensione abbastanza rilevanti, non comportano necessariamente deficit neurologici. In assenza di segni di ipertensione intracranica o di compressione del sistema ventricolare, non provocano cefalee, in

particolare dal carattere emicranico. Per quel che concerne la piccola alterazione descritta dopo somministrazione di Gadolinio, potrebbe trattarsi di una piccola malformazione venosa, senza segni diretti o indiretti di pregressa emorragia locale, per cui senza rapporto con le crisi di emicrania stesse. Per quel che concerne la capacità lavorativa, nel 2015, per la frequenza dell'emicrania, da come descritto, solamente per le stesse, avevo previsto una capacità lavorativa del 70%, considerando gli altri fattori, a livello del rachide, valutavo una capacità lavorativa, dal punto di vista strettamente neurologica del 50%, quindi superiore alla capacità lavorativa poi decisa globalmente. Da quanto viene descritto dalla Dottoressa _____, la frequenza delle cefalee non sembra essere aumentata e le stesse sono controllate con la presa di Triptani. Alla componente emicranica eventualmente anche associata una componente tensiva e spondilogenica. In conclusione il reperto e la MRI cerebrale non modificano il grado di capacità lavorativa dell'Assicurato.” (sottolineature del redattore; doc. XVIII/2 pag. 1-2) Ora, con riferimento alle osservazioni 25 aprile 2017 del ricorrente riguardo alla frequenza delle emicranie, nelle succitate osservazioni del 13 marzo 2017 il dr. _____ sostiene che nel rapporto della dr.ssa _____ “... non si parla di frequenza delle crisi, ne è di frequenza di assunzione di Triptani ...”, mentre la stessa specialista aveva scritto che “.. il paziente lamenta cefalee quasi quotidiane” (sottolineatura del redattore) senza comunque specificare la posologia di Triptani. La dr.ssa _____ precisa poi che le crisi emicraniche “...vengono placate in circa i 2/3 dei casi con i triptani” ed il dr. _____ evidenzia che “ da quanto viene descritto dalla Dottoressa _____, la frequenza delle cefalee non sembra essere aumentata e le stesse sono controllate con la presa di Triptani” (sottolineatura del redattore). Va qui ricordato che al momento della perizia SAM l'assicurato aveva dichiarato di soffrire di emicrania con episodi da uno a tre settimanalmente (cfr. pag. 452 incarto AI), ciò che è stato fra l'altro menzionato anche dal dr. _____ nell'anamnesi (“... cefalee pulsanti ... diventate sempre più frequenti, e nettamente costanti da 10 anni, almeno 2.3 volte la settimana, durano 8-12 ore .. .”, pag. 493 incarto AI) il quale aveva del resto precisato che quale medicamento il ricorrente prendeva Maxal 2-3 volte per settimana che “ sembra ridurre nettamente il tempo di durata delle crisi” (pag. 495 incarto AI). Quindi, se si vuol considerare – per ipotesi di lavoro – quanto attestato la prima volta il 17 febbraio 2017 dalla dr.ssa _____ (e ribadito nel rapporto 12 maggio 2017 prodotto in sede di dibattimento pubblico; XXIII/1) quale peggioramento delle cefalee rispetto alla situazione valetudinaria riscontrata in ambito SAM, va ricordato che secondo costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), in casu 17 ottobre 2016. Ciò non toglie che, come visto sopra, nella presa di posizione 13 marzo 2017 il dr. _____ ha convincentemente spiegato, seppure non disponendo della MRI, che i .inimi segni cerebellari sinistri” (“ La Dottoressa _____ descriveva anche dei "minimi segni cerebellari sinistri" che non vengono tuttavia descritti. Ricordo che in passato era stato esaminato dal Dottor _____, FMH In Neurologia a _____ e anche all'esame eseguito dal sottoscritto il 13.11.2015 non avevo messo in evidenza nessun deficit sospetto di natura cerebellare in particolare le prove di Romberg e Unterberger erano normali così come le prove di coordinazione e il tono muscolare. L'Assicurato mostrava solo una marcia prudente ma senza asimmetrie, riusciva a camminare anche a funambolo, sulle punte e sui talloni, con gli occhi chiusi, senza problemi”), le cisti aracnoidee (“Ricordo che le cisti aracnoidee sono solitamente di origine congenita, e, pur essendo quasi sempre di dimensione abbastanza

rilevanti, non comportano necessariamente deficit neurologici. In assenza di segni di ipertensione intracranica o di compressione del sistema ventricolare, non provocano cefalee, in particolare dal carattere emicranico”) e la piccola alterazione derivata dopo la somministrazione del liquido di contrasto (“ Per quel che concerne la piccola alterazione descritta dopo somministrazione di Gadolinio, potrebbe trattarsi di una piccola malformazione venosa, senza segni diretti o indiretti di pregressa emorragia locale, per cui senza rapporto con le crisi di emicrania stesse”) riportati dalla dr.ssa _____ nel referto del 13 novembre 2016 non apportano alcun nuovo elemento medico suscettibile a modificare la sua valutazione peritale (“In conclusione il reperto e la MRI cerebrale non modificano il grado di capacità lavorativa dell'Assicurato”). 2.7.4. Infine, l'assicurato sostiene che non sono stati esaminati i problemi visivi, l'instabilità di deambulazione ed i problemi alle ginocchia (ricorso punto no. 6 pag. 10). A tal riguardo è sufficiente fare riferimento a quanto rilevato in sede di risposta dall'Ufficio AI: "(...) L'aspetto oftalmologico non stato ulteriormente indagato in considerazione delle conclusioni rese dal dr. med. _____ nel rapporto agli atti del 21 giugno 2014, senza indicazione di inizio di trattamento ipotensivo e controllo tra un anno (cfr. perizia del SAM, inc. AI, doc. 194, pag. 444/632 e pag. 452/632 con indicazione che "(...) È conosciuto un tono oculare aumentato non trattato. Presbiopia incipiente. Controlli oftalmologici annui (vedasi atti)"). La problematica alle ginocchia è stata adeguatamente verificata e discussa nella perizia SAM (cfr. perizia del SAM, inc. AI, doc. 194, pag. 452/632, con indicazione di "(...) Nessun dolore alle ginocchia, ma scricchiolii. Scendendo le scale accusa più dolori alla lombare" e pag. 463/632 con indicazione che "(...) Non vi sono limitazioni significative per le ginocchia e può inginocchiarsi, salire e scendere le scale senza grandi difficoltà. Non sono più presenti le limitazioni determinate dalle patologie alle ginocchia."); tale aspetto era già stato approfondito nella perizia reumatologica precedentemente svolta dal dr. med. _____ (cfr. perizia citata, inc. AI, doc. 140). L'assicurato sostiene inoltre come l'amministrazione non abbia affrontato la problematica legata alla sindrome da dolore somatoforme (punto no. 11 del ricorso). A tal riguardo, rettamente nella risposta l'Ufficio AI ha evidenziato che i periti del SAM non hanno ravvisato elementi medici per porre la succitata diagnosi, sia con o senza influsso sulla capacità lavorativa. Del resto dai vari rapporti medici presenti agli atti, compresi quelli dei medici curanti, non risulta posta la diagnosi di sindrome somatoforme. Va infine rilevato che nella perizia reumatologica il dr. _____ ha precisato che "... non vi sono tutti i tender points necessari per la diagnosi di una fibromialgia primaria" (pag. 489 incarto AI). 2.7.5. Da ultimo, i periti del SAM, unitamente agli specialisti esterni, hanno proceduto ad una discussione globale (“Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti e tra la Dr.ssa med. _____, il Dr. med. _____ ed il Dr. med. _____ in data 22.2.2016 alle ore 11:50, tramite teleconferenza”; pag. 458 incarto AI) e concluso "... per integrare e parzialmente sommare tra di loro le varie limitazioni della capacità lavorativa a livello somatico e psichiatrico “ (pag. 465 incarto AI). Essi hanno poi proceduto a rispondere alle domande peritali standard riguardo le conseguenze sulla capacità lavorativa (punto no. 8 della perizia) e sulla capacità d'integrazione (punto no. 9 della perizia). In conclusione, viste quindi le affidabili e concludenti risultanze della perizia SAM, alla quale va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.6), richiamato inoltre 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 (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur

Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che il ricorrente, sino al momento della decisione contestata, è abile al 50% in attività adeguate. Questo Tribunale ritiene altresì che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di una perizia giudiziaria come da richiesta del ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. Dal profilo economico, l'assicurato contesta l'esigibilità in attività adeguate rilevando come la perizia SAM non menzioni le possibilità concrete di lavoro indicando unicamente che potrebbero entrare in considerazione attività leggere. Sostiene inoltre che non sono ipotizzabili attività da svolgere, tenuto conto che non possiede una formazione, delle limitazioni fisiche riconosciute in perizia, delle affezioni di cui è portatore – in particolare quella psichiatrica – e vista l'assenza prolungata dal mercato del lavoro. Va innanzitutto rammentato che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_248/2014 del 29 agosto 2014 consid. 2; DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Ora, nel caso in esame nel rapporto 5 ottobre 2016 il consulente in integrazione professionale ha indicato i motivi per cui non riteneva proponibile una riqualifica ed altre misure professionali in grado di aumentare sensibilmente la capacità di guadagno, rimanendo a disposizione per valutare un aiuto al collocamento (pag. 560 incarto AI). Solo in occasione del dibattito pubblico è stata prodotta una nota del succitato consulente, datata 4

settembre 2017, del seguente tenore: " A complemento del rapporto SIP del 05.10.2016, per quanto concerne le attività adeguate che l'A. è ancora in grado di svolgere, a titolo di esempio, possono essere prese in considerazione attività semplici e non qualificate, nella quali dopo un breve periodo d'introduzione l'attività potrà essere svolta in autonomia. Possono entrare in considerazione attività quali: imballaggio e controllo in una fabbrica, aiuto amministrativo, lavori di archivio e vendita in piccolo commerci/negozi" (XXII/3). quale esempio di attività semplice e ripetitiva, quella di operaia generica al dettaglio." (doc. 77 incarto AI) Ora, da una parte la succitata valutazione andava espressamente fatta al più tardi con l'emanazione della decisione contestata, dall'altra parte non va dimenticato che prendendo in considerazione, ai fini del raffronto dei redditi, quale reddito da invalido i dati salariali statistici (cfr. consid. 2.9.2) l'amministrazione aveva già (implicitamente) proceduto alla valutazione sull'esigibilità lavorativa in attività adeguate. Va inoltre rilevato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Del resto, nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (cfr. SVR 2002 UV 15, pag. 49 consid. 3b; RCC 1991, pag. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004 nella causa K., U 871/02, consid. 3). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Attività che nel caso concreto dal punto fisico possono essere considerate rispettose delle limitazioni funzionali dovute alle patologie del rachide (cfr. consid. 2.4), come lo sono tenuto conto anche delle limitazioni d'ordine psichico visto che non necessitano di una formazione e di capacità organizzative. 2.9. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3), il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.9.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o

ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, per il reddito da valido (rimasto incontestato) l'Ufficio AI ha utilizzato i dati statistici (relativi alla categoria 05-34, settore 2 produzione), così come del resto è stato fatto in occasione della decisione di rendita del 12 ottobre 2008 (pag. 210 incarto AI). Ne consegue che il dato di fr. 68'496.-- va confermato.

2.9.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del

E. 5

settembre 2006). In una sentenza 8C_695/2015 del 19 novembre 2015, il Tribunale federale ha applicato, per la determinazione dei redditi da raffrontare, l'edizione 2012 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), senza alcuna particolare riserva (si vedano pure, ad esempio, le sentenze UV.2014.00277 del 31 agosto 2015 consid. 3.2.2 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo e 200 2015 853 del 17 dicembre 2015 consid. 4.6.2 del Tribunale amministrativo del Canton Berna). Nel giudizio 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 3.4, il Tribunale federale 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). Nel caso di specie, l'Ufficio AI ha preso in considerazione i dati salariali statistici del 2012, disponibili a quell'epoca, aggiornandoli al 2014 (pag. 547 incarto AI). Tenuto conto della residua capacità lavorativa del 50% e di una riduzione del reddito del 10%, il reddito da invalido è stato definito in fr. 29'776.--. Prendendo ora i dati statistici del 2014, l'assicurato, lavorando al 100% in un'attività semplice e ripetitiva (livello di competenze 1), percepirebbe un salario di fr. 5'312.-- al mese per 40 ore settimanali, pari a fr. 63'744.-- annui, che riportato a 41.7 ore (media svizzera) ammonta a fr. 66'453.-- ($5'537,75 \times 12 = 66'453$). Applicata la riduzione del rendimento del 50% per le limitazioni determinate a livello medico e del 10% per la necessità di svolgere unicamente attività leggere, il reddito da invalido (stato 2014) corrisponde quindi a fr. 29'903,85. L'assicurato contesta il tasso di riduzione del 10% sostenendo che l'Ufficio AI "... avrebbe dovuto tener conto della situazione personale e professionale dell'assicurato e accordare una riduzione sociale del 25%, stima massima che si giustifica dalla difficile situazione del ricorrente, affetto da malattia fisica e psichica e quindi difficilmente collocabile, ampiamente descritta nel presente memoriale. Non averlo fatto configura un'errata applicazione del diritto (cfr. ricorso punto no. 19, pag.18). Dagli atti risulta che l'Ufficio AI invece ha tenuto conto delle circostanze personali e professionali per riconoscere una riduzione del 10% dovuta al fatto che l'assicurato può accedere solo ad attività leggere, escludendo altri fattori (cfr. a tal riguardo rapporto 28 settembre 2016 del consulente in integrazione professionale; pagg. 549 e 550 incarto AI). Va infine ricordato che la riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). A questo proposito giova inoltre ricordare che, a detta della nostra Massima Istanza, è soltanto il pieno adempimento di tutte le condizioni del caso (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione), che giustifica una riduzione pari al 25% (cfr. STF 9C_655/2012 del 29 novembre 2012, consid. 3; Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a n. 100 e segg.), ciò che manifestamente non è il caso in esame. Visto sopra, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una decurtazione del 10%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. 2.9.3. Raffrontando il reddito da valido di fr. 68'496.-- con quello da invalido di fr. 29'903,85.--, si ottiene un grado d'invalidità del 57% ($[68'496 - 29'903,85] \times 100 : 68'496 = 56,34\%$ arrotondato, conformemente alla DTF 130 V 121, al 57%). L'Ufficio AI ha pertanto rettamente ripristinato, dopo la rendita intera temporanea, il diritto alla mezza rendita. La decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente,

il quale ha tuttavia postulato di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362). A norma dell'art. 3 cpv. 1 Lag, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali (e all'ammissione al gratuito patrocinio). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria (in casu senza gratuito patrocinio) sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Nella presente fattispecie, dagli atti allegati alla richiesta di assistenza giudiziaria risulta che dal luglio 2015 l'assicurato percepisce al mese fr. 695.-- di mezza rendita AI e fr. 2'013.-- di prestazioni complementari (tolti fr. 434.-- per il premio cassa malati). Le entrate complessive ammontano quindi a fr. 2'708.--. Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, deve essere applicato l'importo base mensile per coniugi di fr. 1'200.--, stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF. Tale importo comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo giusta l'art. 93 LEF del 1. settembre 2009). Bisogna, poi, tenere conto del canone di locazione di fr. 1'150.-- (non computabile il premio afferente all'assicurazione obbligatoria perché versato dalla PC). Altre spese indicate non sono computabili, quali debiti privati. A suo carico il ricorrente ha comunque un attestato di carenza beni di fr. 15'287.55 rilasciato nell'agosto 2008. L'assicurato. Si ottiene, quindi, un onere mensile globale di fr. 2'350.-- Inoltre va tenuto conto del fatto che all'importo di base determinato in riferimento alla Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, va aggiunto un supplemento del 15-25%, ossia nel caso particolare fr. 180.-- sino a fr. 300.-- conformemente a quanto stabilito dal TFA nella sentenza U 102/04 del 20 settembre 2004. In casu, partendo quindi da un onere complessivo massimo di fr. 2'530.-- (2'350 + 180) rispettivamente fr. 2'650.-- (2'350 + 300) da un lato, e entrate di fr. 2'708, si ottiene comunque un'eccedenza mensile di fr. 200.-- rispettivamente di fr. 58.--. Vista la situazione finanziaria globale dell'assicurato, si può ritenere dato uno stato d'indigenza. Ritenuto inoltre che l'assicurato non possiede le necessarie conoscenze giuridiche e che il ricorso non appariva, ad un sommario esame iniziale, del tutto privo di possibilità di esito sfavorevole, la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio merita accoglimento, riservato l'obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (DTF 124 V 309, 122 I 5; art. 6 Lag).

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