

TI_GERICHTE 32.2016.149 vom 22. Juni 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-06-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.149_d20170622

FR: TI_GERICHTE 32.2016.149 du 22 juin 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2016.149 del 22 giugno 2017

Regeste

Giardiniere indipendente; soppressione rendita interra (neuro e psi); 2015 miglioramento neuro; raffronto redditi al 2015; reddito da valido (estratto conto individuale) e reddito da invalido (TA1 2012, aggiornata al 2015, con CL al 40%); deduzione sociale 15%; AG davanti a UAI e a TCA

Erwägungen

E. 3

aprile 2009 consid. 2.3.).

E. 19

maggio 2016 del servizio di Neurochirurgia dell'Ospedale _____ di _____ (pag. 270-273) la lettera del 19 luglio 2016 del dr. med. _____, capo servizio fisiatria del centro di riabilitazione della Clinica _____ di _____ (pag. 288-289). Nel complemento peritale del 24 ottobre 2016 (pag. 297-298 incarto AI), il neurologo _____, con espresso riferimento alla precitata lettera del 19 luglio 2016 del dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " il rapporto del 19.7.2016 del Servizio di Neurochirurgia parla di mielopatia cervicale residua in seguito a corpectomia C5-C6 e placca C4-C7: dopo esecuzione di una nuova MRI cervicale che conferma un quadro di discopatia progressiva a livello C3-C4, con un bulging discale con impronta sul sacco durale, ma senza presentare, né un conflitto radicolare, né nuovi segni di iperintensità midollare sospetta per peggioramento della mielopatia. Non vi sono ulteriori alterazioni a livello midollare di recente insorgenza, mentre si evidenzia un progressivo riassorbimento del quadro edemigeno a livello C5-C6 con persistenza di un minimo aspetto di mielomalacia centromidollare; coerente con i sintomi residui. Dal punto di vista clinico i neurochirurghi non avevano osservato un peggioramento della situazione. Il rapporto del Dottor _____, Fisiatra, del 19.7.2016, non porta nessun altro fattore clinico. Nel mio rapporto peritale dell'8.7.2015, mettevo in evidenza la persistenza di sintomi parapiramidali ai membri inferiori, un'iperriflessia e cutanei plantari in estensione, gli esiti di una possibile sofferenza radicolare C6 destra, con ariflessia bicipitale e disturbi della marcia legati n parte alla problematica midollare cervicale, in parte anche alle pregresse fratture della gamba sinistra. Avevo dichiarato l'Assicurato inabile al lavoro come Giardiniere nella misura del 100%, mentre avrebbe potuto lavorare, teoricamente, in un'attività leggera, in una misura del 40%. Avevo anche proposto una revisione dopo 2 anni e eventualmente un controllo internistico per la problematica polmonare. In base al risultato della nuova MRI cervicale e alle conclusioni dei neurochirurghi non vedo nessuna discrepanza fra le mie conclusioni e quanto proposto dal dottor _____. In effetti dell'intensa fisioterapia in quadro stazionario può sicuramente giovare ulteriormente all'Assicurato." (pag. 297-298 incarto AI) Nel rapporto finale dell'8 novembre 2016 il medico SMR (dr. med. _____) - dopo

aver ripreso le diagnosi "con" influsso sulla capacità lavorativa di " Esiti di mielopatia cervicale su stenosi cervicale C5/C6, C6/C7, stato dopo discectomia C5/C6, C6/C7, rimossa in secondo tempo con nuovo posizionamento di gabbia C5/C6 e di una placca anteriore da C4 a C7 (settembre 2013 e febbraio 2014) persiste sindrome parapiramidale ai membri inferiori e vaghi disturbi sensitivi dissociati ai membri inferiori ", l'ulteriore diagnosi "con" influsso sulla capacità lavorativa di " Broncopatia cronica ostruttiva, con pregresse broncopolmoniti recidivanti " e "senza" influsso sulla capacità lavorativa di " Insufficienza surrenalica transitoria su trattamento con steroidi prolungato (novembre 2013) " (pag. 306 incarto AI) - ha sottolineato come lo stato di salute (neurologico) dell'assicurato in sede di revisione fosse migliorato (pag. 308 incarto AI). Chiamato a definire la capacità lavorativa globale, il medico SMR ha quindi concluso che l'assicurato era inabile al 100% nell'attività abituale dal febbraio 2013 mentre in un'attività adeguata presentava un'incapacità lavorativa del 100% dal febbraio 2013 al 5 marzo 2015 rispettivamente del 60% dal 6 marzo 2015 (data della visita peritale neurologica) in poi (pag. 307 incarto AI). Il medico SMR ha considerato altresì i seguenti limiti funzionali: 5-10 kg quali carico massimo; alternanza della postura al bisogno (inclusa), difficoltà nello svolgere lavori di precisione e necessità di pause supplementari. Quali "ulteriori limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale" ha osservato quanto segue " Può svolgere parzialmente un'attività adeguata tranquilla, in ufficio, come custode, non soggetto ad attività medio-pesanti. Facilità a contrarre infezioni polmonari, con lieve dispnea da sforzo. Lievi difficoltà alla marcia, soprattutto nel scendere le scale. Cammina con un bastone in parte anche per la problematica a livello della gamba sinistra, dopo fratture multiple " (pag. 307 incarto AI). Il medico SMR ha inoltre osservato che non erano applicabili terapie che avrebbero migliorato o mantenuto verosimilmente la capacità lavorativa (pag. 308 incarto AI). Da ultimo, il medico SMR ha riportato le seguenti "osservazioni conclusive": " Dr. med. _____ Precisazioni neurologiche del 24.10.2016 In base al risultato della nuova MRI cervicale e alle conclusioni dei neurochirurghi non vedo nessuna discrepanza fra le mie conclusioni e quanto proposto dal dottor _____. In effetti dell'intensa fisioterapia in quadro stazionario può sicuramente giovare ulteriormente all'Assicurato. Perizia neurologica dell'8.7.2015 In conclusioni: capacità di lavoro come Giardiniere: incapacità del 100%. In un'attività leggera potrebbe lavorare nella misura del 40%, prevedere una revisione fra due anni, se la problematica polmonare peggiorasse bisognerebbe richiedere una Perizia Specialistica a questo livello. Dr.ssa med. _____ (perizia psichiatrica del 29.01.2016) Per quanto finora argomentato, per quanto emerso dall'esame della documentazione messa a disposizione, dall'anamnesi, dalla descrizione della giornata, dall'esame clinico effettuato secondo vocabolario AMDP-System, dalla descrizione dei limiti e delle risorse effettuata secondo schema MINI-ICE-APP e dalle dichiarazioni soggettive si giudica la capacità lavorativa dell'assicurato, per qualsiasi attività confacente e anche come casalingo, come piena dal punto di vista psichiatrico." (pag. 308 incarto AI; n.d.r. solo il corsivo è della redattrice). Da notare che, stante quanto precede, tutta la documentazione medica prodotta dal patrocinatore dell'assicurato in sede amministrativa (e nuovamente allegata al gravame in disamina) è stata vagliata dal perito neurologo dell'amministrazione e/o dal medico SMR. In siffatte circostanze non può essere quindi condivisa critica ricorsuale, giusta la quale " il fatto che la documentazione prodotta non sia stata considerata nella presa di decisione dell'UAI, risulta essere in contrasto con il diritto di essere sentiti (art. 29 cpv. 2 Cst. Fed) ". 2.7. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono

essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; MEYER-BLASER, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (*Pratique VSI 2001* pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto il principio giusta il quale, in caso di divergenze, l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93), precisando nel contempo che alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). 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; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_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). 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). Infine va ricordato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (cfr. in questo senso anche la STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3 e le citate DTF 131 V 49 e 130 V 396) 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 psicosociale 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). 2.8. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale (segnatamente la perizia dell'8 luglio 2015 ed il relativo complemento del 24 ottobre 2016) effettuata dal dr. med. _____, specialista FMH in neurologia e la perizia psichiatrica eseguita il 29 gennaio 2016 dalla dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati, e fatte proprie. 2.8.1. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato è stata sottoposto a una valutazione specialistica da parte della precitata perita del CPAS, che ha posto le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro di "Sindrome di dipendenza da oppioidi, attualmente in un regime di mantenimento sostitutivo (ICD10:F11.22); Sindrome di dipendenza da cannabinoidi, uso continua (ICD10:F12.25)" ed ha giudicato - per quanto

emerso dai due colloqui svoltisi nel suo studio medico il 21 ed il 29 gennaio 2016 per una durata complessiva pari a 125 minuti, dall'esame della documentazione messale a disposizione, dall'anamnesi, dalla descrizione della giornata, dall'esame clinico effettuato secondo vocabolario AMDP-System, dalla descrizione dei limiti e delle risorse effettuata secondo schema MINI-ICE-APP e dalle dichiarazioni soggettive - la capacità lavorativa dell'assicurato, per qualsiasi attività confacente e anche come casalingo, come piena dal punto di vista psichiatrico. Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione. Tanto più che neppure il rappresentante del ricorrente pretende il contrario. 2.8.2. Dal profilo della patologia neurologica il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, ha posto le diagnosi di " - esiti di mielopatia cervicale cervicale su stenosi cervicale C5-C6, C6-07, stato dopo discectomia C5-C6, 06-07 rimossa in secondo tempo con nuovo posizionamento di gabbia C5-C6 e di una placca anteriore da 04 a 07 (settembre 2013 e febbraio 2014) persiste sindrome parapiramidale ai membri inferiori e vaghi disturbi sensitivi dissociati ai membri inferiori, - esiti di pregresse fratture tibio-fibulari e bi-malleolare sinistra (1996-1997) con deformazione vara del membro inferiore sinistro, - broncopatia cronica ostruttiva con pregresse broncopolmoniti recidivanti, - insufficienza surrenalica transitoria su trattamento con steroidi prolungato (novembre 2013) " , puntualizzando che sono tutte con conseguenza sulla capacità lavorativa, eccetto l'ultima, ed ha giudicato - per quanto emerso dalla documentazione medica messale a disposizione dall'amministrazione, dall'autoanamnesi datagli dall'assicurato e dall'esame clinico, in particolare neurologico, da lui eseguito in data 6 marzo 2015, e dall'anamnesi completa e dalle constatazioni oggettive - il ricorrente inabile al 100% nella sua attività di giardiniere sia per la problematica neurologica che anche polmonare rispettivamente abile al 40% in un'attività tranquilla, in ufficio, come custode, magazziniere, non soggetto ad attività pesanti, con prognosi favorevole. 2.8.3. Il perito neurologo, nel motivato e approfondito complemento peritale del 24 ottobre 2016 di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.6, con espresso riferimento alla lettera del 19 luglio 2016 del dr. med. _____, capo servizio fisioterapia del centro di riabilitazione della Clinica _____ di _____, ha spiegato nel dettaglio i motivi per cui, per un verso, tale rapporto medico non porta nessun altro fattore clinico rispetto alla valutazione peritale dell'8 luglio 2015 e, per altro verso, non vede alcuna discrepanza fra le sue conclusioni e quanto proposto dal precitato dottore di fiducia dell'assicurato. Il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle convincenti considerazioni espresse dal perito neurologo dell'amministrazione. Tanto più che le stesse sono state fatte proprie anche dal medico SMR nel rapporto finale del dell'8 novembre 2016 di cui si è pure già ampiamente detto al consid. 2.6. A proposito del medico SMR non va del resto dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010,

9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). In esito alle considerazioni che precedono, rispecchiando la valutazione del neurologo (segnatamente la perizia dell'8 luglio 2015 ed il relativo complemento del 24 ottobre 2016) e quella della psichiatra del CPAS (segnatamente la perizia psichiatrica del 29 gennaio 2016) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), ad esse va dunque attribuita piena forza probante. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione, segnatamente dagli specialisti dell'amministrazione e dal medico SMR, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, data questa (in casu , il 17 novembre 2016) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3). Per quanto concerne i successivi documenti medici prodotti dal patrocinatore dell'insorgente [segnatamente: la lettera di trasferimento del 15 dicembre 2016 dal _____ al reparto di medicina dell'Ospedale _____ di _____ (doc. P1), la lettera d'uscita provvisoria del 20 dicembre 2016 del servizio di medicina interna dell'Ospedale _____ al medico curante, dr. med _____ (doc. P2), il certificato medico del 2 gennaio 2017 del dr. _____ (doc. P3) e la lettera d'uscita provvisoria del 28 dicembre 2016 del servizio di medicina interna dell'Ospedale _____ al dr. med _____ (doc. P4) e la lettera di dimissione del 6 febbraio 2017 del Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____ (doc. Q)], che certifica una sindrome coronarica acuta avvenuta il 15 dicembre 2016, attestando quindi una problematica cardiaca di nuova insorgenza, essa non porta alcun nuovo elemento clinico per una diversa valutazione della fattispecie, così come del resto rettamente rilevato dall'UAI sede di risposta del 26 gennaio 2017 (doc. VI, pag. 4). Giova difatti ribadire che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa, in casu il 17 novembre 2016. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (fra le tante cfr. DTF 130 V 138). Tale documentazione medica viene quindi trasmessa all'UAI affinché la tratti alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e renda nel merito, dopo aver proceduto ai necessari accertamenti, una nuova decisione. Va qui pure ricordato che, quando 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. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia quindi all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, alla " perizia neurologica/riabilitativa " " che potrà chiarire le reali e residue capacità lavorative del signor RI 1 " chiesta dal legale dell'assicurato: cfr. doc. I), ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. In conclusione, stante quanto sopra esposto, 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, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) , che RI 1 nell'attività abituale di giardiniere, presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal febbraio 2012 e continua mentre in un'attività adeguata (ovvero rispettosa dei limiti funzionali indicati dal perito neurologo e confermati dal medico SMR) presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal febbraio 2012 al 5 marzo 2015 e del 60% dal 6 marzo 2015 (data della visita del perito neurologo dell'amministrazione). È peraltro utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze eccessive. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il Tribunale federale ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). D'altra parte se è vero che il mercato del lavoro accessibile agli assicurati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale è in generale limitato a dei lavori di manodopera o ad altre attività fisiche (cfr. RCC 1989, p. 331 consid. 4a)), è altrettanto vero che 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, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del

E. 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. Va poi segnalato che, con scritto del 16 novembre 2016, la CIP, ha indicato che l'assicurato, " in considerazione delle passate esperienze lavorative, della formazione appresa e grazie a eventuali corsi brevi di formazione o aggiornamento nonché una eventuale consulenza di un ergoterapista sul luogo di lavoro " è in grado di svolgere l'attività di aiuto ufficio, aiuto custode o custode a seconda della grandezza dell'immobile, venditore o aiuto venditore e venditore o aiuto venditore di articoli pensanti (pag. 310 incarto AI). Questa Corte non ha motivo di scostarsi da tali considerazioni. 2.8.4. Stante quanto precede si deve quindi concludere che, rispetto alle valutazioni del 4 aprile e del 27 maggio 2014 del medico SMR, dr. med. _____, sulla base delle quali l'UAI con decisione del 20 agosto 2014, preavvisata con progetto del 30 maggio 2014, l'UAI ha riconosciuto all'assicurato (totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività (abituale e adeguata) dal febbraio 2013 continua) il diritto alla rendita intera dal 1° febbraio 2014, a partire dal 6 marzo 2015 vi è stato un miglioramento della patologia neurologica (che ha comportato un aumento al 40% della capacità lavorativa globale residua dell'assicurato). 2.9. Occorre ora esaminare se la capacità di guadagno dell'assicurato ha subito un miglioramento tale da giustificare la soppressione della rendita intera di invalidità di cui beneficia dal 1° febbraio 2014. Questo Tribunale osserva innanzitutto che, conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere

stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 141 V 9 consid. 6.1 pag. 13 con riferimenti menzionati; cfr. anche sentenza 9C_718/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 6.2). Ne consegue che il "reddito da valido" ed il "reddito da invalido" del ricorrente devono essere stabiliti senza riferimento al calcolo effettuato in precedenza dall'amministrazione (STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017, consid. 4.1). Vengono considerati i dati del 2015, visto che il miglioramento dello stato di salute - e, di conseguenza, della capacità lavorativa residua - risale al 6 marzo 2015. 2.10. 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 (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). 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 adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). In circostanze particolari, si può infatti ricorrere ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'Ufficio federale di statistica (cfr. 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 non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico, segnatamente qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario percepito non corrispondesse manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; ad esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o 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 (cfr. sentenza 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti; sentenza 9C_348/2016 del 7 dicembre 2016 consid. 3.2.3; Su questo tema vedi anche D. Cattaneo, "Rassegna di sentenze recenti nel diritto delle assicurazioni sociali", in : Rivista ticinese di diritto, I-2017, pag. 342). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di

norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). 2.10.1. Per quanto concerne il reddito da valido, l'UAI ha ritenuto che, se non fosse subentrato il danno alla salute (nel 2013) e avesse continuato a svolgere la sua abituale attività lavorativa (giardiniere indipendente), l'assicurato avrebbe potuto percepire un salario annuo lordo di fr. 5'442.65 per l'anno 2013, visto quanto effettivamente guadagnato negli ultimi 16 anni sulla base dei dati del conto individuale (1998-2013: cfr. pag. 196 incarto AI). L'amministrazione ha tenuto conto del fatto che per vari decenni l'assicurato aveva svolto attività sporadiche senza percepire un salario regolare o percependo un minimo salario e che tali irregolarità nello svolgimento di attività lucrative con conseguimento di un salario minimo non risultava essere motivata da problematiche alla salute (doc. VI, pag 5). Dal canto suo, il patrocinatore del ricorrente critica il "reddito da valido" stabilito dall'UAI, in quanto assolutamente inferiore al salario potenziale che il suo assistito, quale giardiniere non diplomato poteva ottenere. Ritiene quindi che il salario da valido del suo cliente debba essere fissato sulla base di uno stipendio annuale potenziale di fr. 48'113.00 (CCL giardinieri, stipendio minimo di aiuto giardiniere, CHF 3'701.00 con tredicesima). Tanto più che l'amministrazione non avrebbe neppure tenuto conto della parte percentuale superiore del 5% nel parallelismo dei redditi (cfr. doc. I). Il legale dell'insorgente puntualizza inoltre che, per un verso, il reddito inferiore alla media percepito dal suo cliente " è dovuto sicuramente ad una formazione carente, con competenze linguistiche inesistenti nonché nessuna competenza informatica " come pure alla sua " salute cagionevole " e, quindi, a motivi esterni e, per altro verso, che non poteva ritenersi che il suo cliente si fosse accontentato di tali salari, visto che " ha sempre inoltrato le numerose ricerche di lavoro richieste dall'assistenza sociale. In alcuni periodi l'assistenza sociale chiedeva fino a 32 ricerche mensili che il signor RI 1 effettuava regolarmente. La sua volontà di lavorare è sempre stata pertanto cristallina " (doc. VIII). Chiamato ora a pronunciarsi questo Tribunale osserva che dagli atti (cfr. perizia psichiatrica del 26 gennaio 2016 del CPAS, di cui si è già ampiamente detto al consid. 2.6) emerge che l'assicurato è un uomo di mezza età che ha sempre vissuto in maniera tendenzialmente deviante, pur senza che questo rappresentasse un reale problema a livello delle relazioni sociali, del contesto scolastico e successivamente professionale. Dopo aver iniziato (obbligato dal padre) e terminato senza essere mai bocciato l'apprendistato come impiegato di commercio nel 1980, diplomandosi nel 1983, non ha mai svolto realmente quel lavoro (cfr. pag. 243 incarto AI), ma ha portato avanti per anni la professione di operaio giardiniere in maniera indipendente, con contratti su chiamata, e in parallelo ha arrotondato suonando il flauto traverso davanti alle stazioni. Non guadagnando una cifra tale da riuscire totalmente a mantenersi, ha vissuto a far tempo dal 2008 grazie all'aiuto dell'assistenza sociale. La perita psichiatrica ha ritenuto che " sebbene la descrizione dell'assicurato non rientrasse negli esatti canoni di quello che prevedeva una vita regolare, tuttavia essa non giustificava di inquadrare tali particolarità e devianze dalle modalità tipiche del vivere all'interno di un disturbo di personalità o di un'eventuale altra categoria diagnostica psichiatrica " e che " nessuna delle modalità e delle caratteristiche presentate dall'assicurato lo avessero permanentemente danneggiato sul piano della funzionalità relazionale, sociale e lavorativa ". La perita psichiatrica ha pure puntualizzato che l'assicurato " aveva sempre lavorato in maniera ridotta, senza che questo per lui costituisse un grave problema, né una necessità di reperire un impiego più stabile e/o più remunerativo " e che " pur avendo mostrato una traiettoria di vita sempre un po'

deviante, ai margini della società,' tuttavia avesse sempre trovato il modo di lavorare in maniera limitata e di mantenersi, mostrando anche ridotti bisogni e necessità in questo senso ". In siffatte circostanze, è inverosimile che il reddito inferiore alla media percepito dall'assicurato fosse dovuto, come sostenuto dal suo legale, " ad una formazione carente, con competenze linguistiche inesistenti nonché nessuna competenza informatica " come pure alla sua " salute cagionevole " (tanto più che il danno alla salute risale al 2013). Quella dell'insorgente è stata, per contro, una vera e propria scelta di vita. In simili evenienze, non permettono di giungere ad altra conclusione neppure eventuali ricerche di lavoro che l'assicurato era tenuto ad effettuare regolarmente per l'assistenza sociale. Parimenti dicasi per lo scritto del 10 marzo 2014 con cui l'assicurato comunicava all'UAI di aver "effettuato tutte le ricerche di lavoro, anche secondo le direttive dell'ufficio di assistenza che obbliga la ricerca di un lavoro" e che, in assenza del danno alla salute (2013), avrebbe lavorato "da subito" come "aiuto giardiniere, operaio in genere" "dal 50% al 100%" (pag. 117 e 188 incarto AI). Da notare che nel medesimo scritto l'assicurato indicava di aver effettuato delle ricerche (di cui alcune erano già in possesso dell'amministrazione), di non sapere presso quale datore di lavoro avrebbe presumibilmente lavorato (ma, comunque, "secondo le richieste del mercato di lavoro") e di non essere iscritto ad una cassa di disoccupazione o ad un ufficio regionale di collocamento (pag. 117 e 188 incarto AI). Secondo la giurisprudenza, generalmente i redditi da attività dipendente ed indipendente iscritti nel conto individuale possono costituire la base di determinazione del reddito da valido (anche da invalido: DTF 117 V 8 consid. 2c/aa). Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dall'effettive entrate (art. 25 OAI; STF 9C_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1.), ciò che non è stato il caso. Nella fattispecie, il TCA ritiene quindi giustificato prendere in considerazione, come correttamente effettuato dall'UAI, una media dell'importo percepito dall'assicurato tra il 1998 ed il 2013 (1998: fr. 10'931.-; 1999: fr. 4'650.-; 2000: fr. 3'861.-; 2001: fr. 8'113.-; 2002: fr. 3'867.-; 2003: fr. 170.-; 2004: fr. 2'288.-; 2005: fr. 556.-; 2006: fr. 652.-; 2007: fr. 16'435.-; 2008: fr. 12'560.-; 2009: fr. 4'554.-; 2010: fr. 4'554.-; 2011: fr. 4'612.-; 2012: fr. 4'612.- e 2013: fr. 4'667.-; pag. 196 incarto AI e doc. VI 1) ovvero fr. 5'442.65 (pari a fr. 87'082.-:16). Da notare che tale importo è superiore di fr. 843.65 rispetto a quanto mediamente percepito dall'assicurato annualmente nei 5 anni (2009-2013) precedenti l'insorgere del danno alla salute, ovvero fr. 4'599.- (fr. 22'999.-:5). Ne consegue che l'UAI ha preso in considerazione l'ipotesi maggiormente favorevole al ricorrente. Si giunge così ad una retribuzione annua di fr. 5'442.65 per il 2014. Ora, aggiornando al 2015 tale importo, si ottiene un reddito da valido di fr. 5'464.40 (2015: + 0,4%). 2.11. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che 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 una 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). 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 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; nella sentenza pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 49 consid. 2.3. l'Alta Corte non ha ritenuto rilevante un gap salariale del 4%). La questione è stata definitivamente risolta con la DTF 135 V 297, sentenza in cui la nostra Massima Istanza ha stabilito che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni -, un parallelismo dei redditi da raffrontare. Questo parallelismo si effettua però soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5%. Inoltre, le condizioni per una deduzione a titolo di parallelismo e per circostanze personali e professionali sono interdipendenti, nel senso che i medesimi fattori che incidono sul reddito non possono giustificare contemporaneamente una deduzione a titolo di parallelismo e una deduzione per circostanze personali e professionali. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente in DTF 141 V 1 consid. 5. 2.11.1. Circa il reddito da invalido, con la decisione impugnata l'UAI ha preso in considerazione un importo di fr. 66'169.70 estrapolato dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, attività semplici e ripetitive, valore mediano, uomini per il 2014, ridotto del 60% per tenere conto dell'esigibilità lavorativa al 40%, e decurtato di un ulteriore 15% per attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, giungendo così ad un reddito da invalido di fr. 22'497.70 per il 2014 (pag. 313 incarto AI). Il rappresentante dell'insorgente contesta il "reddito da invalido" stabilito dall'UAI, in quanto un salario mensile di fr. 1'874.80 (pari a fr. 22'497.70 annui), è insufficiente ad una persona per sopperire ai propri bisogni e, comunque, non è neppure non ragionevolmente esigibile ai sensi dell'art. 16 LPGA, visto che il suo cliente non ha una capacità lavorativa residua del 40%, non ha alcuna formazione, ha 52 anni ed è portatore di una particolarmente patologia dolorosa (cfr. doc. I). 2.11.2. Nel caso in esame, ritenuto che l'insorgente non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile (al 40%: cfr. consid. 2.8.4), per il calcolo del reddito da invalido vanno applicati i dati statistici. Dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08), risulta che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 62'520.-- (5'210.-- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2014 (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S

TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55) , si ottiene un salario di fr. 63'442,12 (Fr. 62'520.- : 101,7 x 103,2; cfr. Tabella B10.4 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 90 e Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella B9.2 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'138,41 (fr. 63'442,12 : 40 x 41,7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a; cfr. STCA 32.2015.175 del 28 aprile 2016). Tale salario adeguato al rincaro ammonta pertanto a fr. 66'402.96 (fr. 66 '138.41 + 0,4%) nel 2015. Nel caso in esame, a fronte della scelta di vita operata dall'assicurato (cfr. consid. 2.10), non sono realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza citata al consid. 2.11. Di conseguenza, considerata un'esigibilità lavorativa del 40% (cfr. consid. 2.8.4), il reddito da invalido corrisponde a fr. 26'561.18 (fr. 66'402.96:100x40). 2.11.3. 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). Con sentenza 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 confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete . 2.11.4. Nel caso di specie l'UAI ha riconosciuto una deduzione sociale del 15% (per attività leggere e svantaggi particolari derivanti da contingenze particolari). Il rappresentante dell'insorgente ha puntualizzato che il suo cliente non ha alcuna formazione, ha 52 anni ed è portatore di una particolarmente patologia dolorosa (cfr. doc. I). Questo Tribunale rileva innanzitutto che con la STF 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte

per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. consid. 4.2: "[...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...]"). Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Val qui la pena di ribadire 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 Ulrich/Riechmuth Marco, in: Stauffer Hans-Ulrich/Cardinaux Basile, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Commentario, 3 Ed., Zurigo 2014, ad art. 28a n. 100 e segg.). Ferme queste premesse, 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 15%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Val comunque la pena di puntualizzare che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi "... auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2)." (STF 8C_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure la STF 8C_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Va anche osservato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello di qualifica 4, semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso la DTF 137 V 71 consid. 5.3. e SVR 2002 n. U 15 p. 49 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3.). Nella STF 8C_482/2016 del 15 settembre

2016 pubblicata in SVR 2017 IV Nr. 17 l'Alta Corte ha ribadito che in caso d'applicazione del livello di qualifiche 4 della RSS 2010 sono già considerate le carenti conoscenze linguistiche. Trattandosi di lavori ausiliari il fattore età non gioca imperativamente un effetto di riduzione sui salari (cfr. STF 8C_482/2016 del 15 settembre 2016, consid. 5.4.2). Della circostanza che l'assicurato è portatore di una patologia particolarmente dolorosa è già stato tenuto conto nell'esigibilità lavorativa al 40% (cfr. consid. 2.8.4). Applicando la riduzione del 15%, il reddito da invalido nel 2015 si attesta a fr. 22'577.- (fr. 26'561.18 ridotto del 15% ovvero di fr. 3'984.18). 2.12. Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 22'577.- (riduzione del 15%) (cfr. consid. 2.11.4) con il relativo reddito da valido di fr. 5'464.40 (cfr. consid. 2.10.1), si ottiene un grado d'invalidità dello 0% e, quindi, nullo. A giusta ragione l'UAI ha quindi soppresso in via di revisione il diritto ad una rendita intera con effetto dal 1° gennaio 2017 (cfr. art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). La decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto. 2.13. Litigioso infine è il rifiuto del gratuito patrocinio in ambito amministrativo deciso dall'UAI contestualmente alla pronuncia impugnata. Secondo l'UAI il caso non presentava particolari difficoltà procedurali o di merito e dunque l'intervento di un legale non appariva indispensabile. L'art. 37 cpv. 1 LPGa, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (cfr. ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica; DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGa, l'art. 37 cpv. 4 LPGa utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, ATSG Kommentar, 2009, ad art. 37, n. 22, p. 504). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole e la concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria ex art. 61 LPGa (Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 23, p. 504). La necessità di patrocinio da parte di un legale dipende dalle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, ossia dalla particolarità della norme procedurali applicabili, dalla complessità delle questioni giuridiche, dalla fattispecie poco chiara, ma anche dal richiedente. Quest'ultimo, ad esempio, non dev'essere capace di difendere i propri interessi. Qualora sussiste la minaccia di un intervento particolarmente grave nello statuto giuridico dell'indigente è di regola data la necessità di un patrocinio, altrimenti soltanto nei casi in cui oltre alla relativa complessità della fattispecie si aggiungono anche difficoltà reali e giuridiche che non possono essere risolte dal richiedente stesso ("Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist . , cfr. DTF 125 V 35 consid. 4b e riferimenti; DTF 119 Ia 265) oppure se l'assistenza di rappresentanti di associazioni invalidi, assistenti sociali o altre persone nel settore sociale non può essere presa in considerazione ("E ine anwaltliche Verbeiständung drängt sich nur in Ausnahmefällen auf, in denen ein Rechtsanwalt beigezogen wird, weil schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen dies als notwendig erscheinen lassen und eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen

nicht in Betracht fällt“; DTF 132 V 201 consid. 4.1 con riferimenti). La necessità o meno dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione dipende dunque esclusivamente dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata (cfr. anche STF I 911/06 del 2 febbraio 2007; cfr. anche STF 8C-669/2016 del 7 aprile 2017). Occorre poi ricordare che il gratuito patrocinio, sia in ambito di procedura ricorsuale che amministrativa, può essere riconosciuto solo ad avvocato patentato (STFA 2 marzo 2005, I 447/04, consid. 4.2 citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e DTF 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; giurisprudenza nuovamente confermata nella STF 8C-399/2007 del 23 aprile 2008). Nella presente fattispecie, secondo questa Corte la necessità di un patrocinatore era (eccezionalmente) data anche in ambito amministrativo, poiché la vertenza - iniziata con la revisione dell'ottobre 2014, sfociata nel progetto di decisione del 7 settembre 2015 di soppressione della rendita intera accordata a far tempo dal 1° febbraio 2014 confermata con la decisione di soppressione del 17 novembre 2016 - non era semplice. Sono stati difatti eseguiti complessi accertamenti medici (in particolare, la perizia neurologica dell'8 luglio 2015 e quella psichiatrica del 26 gennaio 2016) ed, in un caso retto dal principio inquisitorio, è stato comunque necessario esperire un complemento peritale neurologico (24 ottobre 2016), successivamente al precitato progetto di decisione, proprio a seguito delle osservazioni inoltrate dall'avvocato, che è intervenuto in causa a far tempo dal 17 marzo 2016, ovvero entro il termine entro cui l'UAI aveva chiesto all'assicurato di prendere posizione sui risultati della perizia psichiatrica. In effetti, l'assicurato ha dato dimostrazione di tenacia e determinazione nella tutela dei propri diritti, facendosi pure aiutare dal proprio medico curante (cfr., ad es., pag. 117-118, 218, 219, 220-229, 232-233 e 239), sino al marzo 2016, allorché si è reso necessario l'intervento di un avvocato. Tanto più che, oltre al difficile aspetto medico (segnatamente, neurologico), vi erano pure da esaminare tutti i complessi aspetti economici legati in particolare alla determinazione del reddito da valido, come pure alla necessità di valutare la correttezza dell'applicazione del salario statistico da invalido, così come l'eventualità di procedere ad altre deduzioni sul salario teorico statistico, rispetto a quelle operate dall'amministrazione. Del resto, nonostante la spiegazione da parte della perita psichiatra delle motivazioni economiche e mediche alla base della decisione di soppressione della rendita, già nel 2015 l'assicurato "faticava a comprendere come un'indennità gli era stata dapprima concessa e poi ritirata, nonostante le sue condizioni somatiche non fossero grandemente variate" (pag. 249 incarto AI). Alla luce di quanto appena esposto è a torto che l'Ufficio AI ha ritenuto non necessario o perlomeno non indicato l'intervento di un avvocato e concluso che l'insorgente poteva difendersi senza ricorrere ad un legale. Per quanto riguarda gli altri presupposti, non analizzati dall'UAI, cumulativamente necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, va detto quanto segue. Le osservazioni inoltrate il 17 marzo 2016 non apparivano di primo acchito privo di esito favorevole, prova tra l'altro ne sia che hanno evidenziato la necessità di procedere ad un complemento peritale neurologico. Inoltre, come si vedrà al prossimo considerando, l'insorgente è da ritenere indigente. Ne consegue che gli atti sono rinviati all'Ufficio AI affinché si pronunci sull'importo spettante all'assicurata (DTF 131 V 153). 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, nel caso concreto si giustifica di accollare le spese di complessivi fr. 500.- al ricorrente. Il ricorrente ha tuttavia postulato di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). 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. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nel caso concreto, il ricorrente, divorziato, dal 2008 al 2014 ha beneficiato dell'assistenza pubblica (pag. 103-115 incarto AI) mentre dal febbraio 2014 aveva come uniche entrate fr. 1'298.- della rendita (intera) AI e fr. 980.- di prestazione complementare PC (doc. O) In queste circostanze, il requisito dell'indigenza è dato. L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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