

## **TI\_GERICHTE 32.2017.111 vom 1. Juni 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-06-01, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.111](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.111)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.111 du 1 juin 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.111 del 1 giugno 2017

### **Regeste**

Aumento temporaneo della rendita (da mezza a intera) e poi soppressione in via di revisione. Confermata la valutazione medica (SAM) e corretta quella economica (applicando il GAP salariale) con conseguente riduzione a un quarto di rendita dopo l'aumento temporaneo della stessa

### **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; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 30/31, pagg. 430-433). 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 ( STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e 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. Va ancora rilevato che nella STF 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF ha stabilito che "(...) se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute 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 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). (...)” (regesto della DTF 141 V 9).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)” (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006,

consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell’ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Il Tribunale federale, nel comunicato stampa del 14 dicembre 2017 intitolato “Rendita AI in caso di affezioni psichiche: cambiamento di giurisprudenza” – riferendosi alle sentenze del 30 novembre 2017, 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017, entrambe destinate alla pubblicazione – ha, in particolare, rilevato che “(...) il Tribunale federale modifica la sua prassi per l’esame del diritto a una rendita AI in presenza di affezioni psichiche. La giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. (...)” . 2.5. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.3), nell’ambito della revisione intrapresa nel marzo 2014, l’amministrazione, vista la richiesta di perizia del 7 agosto 2015 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 160/553), ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 165/562-565). Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 6 luglio 2016 (doc. AI 171/581-683), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_) e neurologica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell’insorgente presso il citato centro d’accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4, DSM-V 300.82). Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto (ICD-10 F 33.1 DSM-V 296.32). Sindrome lombovertebrale cronica con/su: - discopatia L4-L5; - pregresso intervento di discectomia e artrodesi combinata anteriore e posteriore mininvasiva, 1.10.2013; - probabile radicolopatia S1 a ds. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Adiposità (BMI ca. 29,7 Kg/m

## **E. 2**

). Dislipidemia. Iperglicemia. Bromidrosi e dermatite seborroica. Varicosi C2 all'arto inferiore di sin. (...)" (doc. AI 171/599-600) In sede di discussione – evidenziato come “(...) le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del SAM e tra la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, il Dr. med. \_\_\_\_\_ e il Dr. med. \_\_\_\_\_ in data 20.6.2016 alle ore 12:00, tramite teleconferenza. (...)” (doc. AI 171/20) – i periti hanno rilevato: “(...) Brevemente ricordiamo che nel suo paese d'origine l'A. è stato coinvolto in un incidente della circolazione stradale senza gravi sequele e che è stato più volte picchiato (anche in testa) dalla polizia serba. In Ticino ha avuto alcuni incidenti automobilistici non gravi. Nel 2005 vi sono accertamenti a livello lombare a causa di dolori presso il medico di famiglia e internista Dr. med. \_\_\_\_\_, presso il neurochirurgo Dr. med. \_\_\_\_\_ e presso il neurologo Dr. med. \_\_\_\_\_. Nel 2006 vi è una breve presa in carico psichiatrica presso il Dr. med. \_\_\_\_\_ a causa di disturbo ansiosodepressivo reattivo alle difficili condizioni di natura psicosociale. Nel novembre 2006 vi sono accertamenti ospedalieri per dismnesia lieve in sindrome depressiva maggiore.

In gennaio-marzo 2007 vi è una presa in carico psichiatrica presso il Dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_; sottolinea che il soggetto è poco strutturato e lo considera inabile al lavoro nella misura del 100%. Il 30.4.2007 è sottoposto alla prima perizia psichiatrica presso il centro peritale per le Assicurazioni Sociali di \_\_\_\_\_ (Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr.ssa med. \_\_\_\_\_). È posta la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansiosodepressiva F 43.22. Non si codifica nessuna incapacità lavorativa. Il 12.3.2009 è, sottoposto a seconda perizia presso lo stesso Centro (Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. med. \_\_\_\_\_). Sindrome da disadattamento evoluta verso un franco stato depressivo di media gravità. Si codifica una capacità lavorativa di 4 ore al dì. Il caso è discusso con lo psichiatra curante Dr. med. \_\_\_\_\_. L'1.10.2013 l'A. è sottoposto a intervento al rachide (discectomia e artrodesi combinata anteriore e posteriormente mini-invasiva) da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_. In quel periodo, sia l'operatore, sia il curante, codificano una capacità lavorativa dello 0%. Nel luglio 2014 vi è un ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ a causa di reazione acuta da stress in paziente noto per sindrome mista ansiosodepressiva (F 41.2 e F43.0). Si fa riferimento a un diverbio con la moglie. Nel febbraio 2015 il Dr. med. \_\_\_\_\_ codifica una capacità lavorativa del 50% senza sforzi fisici. A livello psichiatrico l'A. è seguita dalla Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (a partire dal 19.1.2015). Diagnosi: problemi correlati all'occupazione e alla disoccupazione (Z 56) in persona con sindrome mista ansiosodepressiva (F 41.2). Codifica una capacità lavorativa dello 0%. Nel febbraio 2016 il Dr. med. \_\_\_\_\_ discute una possibile revisione a livello lombare. A livello dermatologico l'A. è seguito dal Dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (bromidrosi e dermatite seborroica) e a livello ORL da parte del Dr. med. \_\_\_\_\_ (lichen planus nel cavo orale; lo specialista discute pure un intervento di settoplastica). (...)” (doc. AI 171/21-22). Riprodotte in estenso le valutazioni dei consulenti intervenuti, i periti hanno quindi formulato le seguenti conclusioni. " (...) Valutazione psichiatrica [...] In conclusione la nostra consulente valuta l'A. abile al lavoro nella misura del 50%. La limitazione è dovuta all'ansia somatica, alla facile affaticabilità, alla perdita di attenzione, concentrazione e all'irritabilità. A volte vi sono difficoltà del sonno notturno. Secondo la nostra consulente l'A. deve continuare la presa in carico psichiatrica con aggiustamento e cambiamento di terapia. Consiglia pure una terapia sul trauma quale EMDER. Secondo la nostra consulente sono possibili provvedimenti di integrazione professionale e/o riformazione professionale per evitare un'ulteriore evoluzione psichica. Secondo la nostra consulente non è sufficiente frequentare un centro psicosociale. L'A. può svolgere altre attività adatte nella misura del 70% e del 100% come casalingo. Vi sono fattori non assicurati quale la difficoltà economica, fattori socioculturali e pregressi fenomeni psicotraumatici legati in particolare al periodo di guerra in \_\_\_\_\_ e alla condizione di profugo. Vi è una certa enfasi sui disturbi, legata al disturbo da sintomi somatici. Valutazione reumatologica [...] In conclusione l'A. è abile al lavoro nella misura del 20% in attività fisicamente medio-pesanti, del 70% in attività medio-leggera e 80% come casalingo. Il nostro consulente consiglia un corretto programma di ginnastica medica mirato al rinforzo della muscolatura del tronco. Secondo il nostro consulente è estremamente sfavorevole (cronicizzazione dei dolori, assenza di adeguata risposta alle terapie finora eseguite e patologia psichiatrica). Non consiglia un nuovo intervento a livello del rachide. Valutazione neurologica [...] La diagnosi posta dal nostro consulente è citata al punto 5. Il nostro consulente esclude che l'A. possa svolgere lavori fisici pesanti, lavori che richiedono sforzi di entità media e lavori che richiedono movimenti frequenti di rotazione, flessione ed estensione del tronco. Può svolgere attività leggere (sia

in piedi, sia da seduto) con la possibilità di cambiare posizione. In questo tipo di attività l'A. presenta una capacità lavorativa del 65% come sorvegliante nella piazza di raccolta di rifiuti (ultima attività l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 65%), come casalingo l'A. è abile al lavoro nella misura del 65%. Secondo il nostro consulente le sopraccitate incapacità lavorative sono presenti da settembre 2013. Con l'infiltrazione effettuata recentemente dal Dr. med. P. \_\_\_\_\_ (L5-S1) l'A. avrebbe avuto un beneficio per due settimane; questo potrebbe indicare che effettivamente magari vi sono ancora margini di un trattamento infiltrativo o chirurgico. Non vi sono altre patologie che limitano la capacità lavorativa dell'A. Si consiglia una presa a carico dell'adiposità e della dislipidemia (dieta e statine) a prevenzione delle malattie cardiovascolari e per diminuire il carico sul rachide e sugli arti inferiori. Sarà da ricontrollare anche il leggero innalzamento della glicemia, però con emoglobina glicata nella norma. Non sono fattori medici la situazione economica e sociale dell'A. (...)" (doc. AI 171/600-618) Visti tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'A ha svolto varie attività. In attività medio-pesanti (che richiedano importanti sforzi per il rachide, sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 Kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), l'A. raggiunge una capacità lavorativa dello 0%. (...)" (doc. AI 171/619) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: "(...) 8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA 8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale 8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? La riduzione della capacità lavorativa è dovuta alla patologia al rachide lombare e ai problemi psichici (deflessione del tono dell'umore, ansia somatica, facile affaticabilità, perdita dell'attenzione, perdita della concentrazione, difficoltà del sonno notturno). 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. 0%, 0 ore. 8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. 0%. 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. 0 ore. 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Decade. 8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Dall'ottobre 2013 (intervento al rachide lombare) e continua. 9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Deve trattarsi di un'attività medio-leggera che non richiede importanti sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 Kg, movimenti ripetitivi, flessione / estensione / rotazione del tronco, lavori prolungati in posizioni ergonomiche); deve avere la possibilità di cambiare posizione. 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. 60% ca. 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto (60% ca.). 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore

riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. --- 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? Dall'aprile 2014 (a ca. sei mesi dall'intervento al rachide lombare) e continua. Dall'ottobre 2013, durante sei mesi, l'A. ha presentato una capacità lavorativa dello 0% a causa dell'intervento al rachide lombare e successiva riabilitazione. Abbiamo parzialmente cumulato le riduzioni della capacità lavorativa dovute alle patologie somatiche e psichiatriche. Facciamo notare che sia il reumatologo, sia la psichiatra, hanno valutato la sindrome dolorosa. 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. 60% ca. da aprile 2014 e continua. 9.2 Reintegrazione professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia? Sì! 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Bisogna tenere conto dei limiti funzionali descritti precedentemente. 9.2.3.1 I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Sì! Riduzione del rendimento del 40% ca. 9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Si consiglia un riallenamento progressivo al lavoro essendo l'A. lontano dal mondo lavorativo da parecchio tempo. Lo stato di salute è variato (peggiolato). 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1 Come giudica l'aderenza terapeutica dimostrata dall'A. nel corso degli anni? Buona. 9.3.2 Adeguatezza della terapia attuale secondo le linee guida. Eventuali proposte terapeutiche? Si consiglia aggiustamento e cambiamento della terapia psichiatrica in corso. 9.3.3 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanto tempo, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A.? Non siamo in grado di rispondere. Molto probabilmente la capacità lavorativa resterà uguale. 9.3.4 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Non ve ne sono. 10 COERENZA 10.1 Descrivere in modo critico eventuali discrepanze evidenziate tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e la valutazione clinica durante la visita. Vi è un'accentuazione della sintomatologia. 11 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 11.1 Altri quesiti del medico del Servizio Medico Regionale. Vi è stato un certo peggioramento a partire dall'ottobre 2013 allorché l'A. è stato operato a livello lombare. Per il periodo antecedente, dall'aprile 2009 resta valida la delibera dell'Ufficio AI del 29.4.2009 (grado d'invalidità al 42% dall'1.10.2008 e del 55% dall'1.1.2009). Nell'attività svolta presso il comune di Arogno come ausiliario sorveglianza della piazza di raccolta di rifiuti, l'A. presenta una capacità lavorativa del 60% dall'aprile 2014, rispettando i limiti funzionali descritti precedentemente. 11.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Non sono poste. È importante che l'A. riprenda un'attività lavorativa anche a scopo terapeutico. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 117/314-323) Viste le succitate risultanze mediche, il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 12 luglio 2016 (doc. AI 172/684-686), attestato uno stato stazionario dal gennaio 2009 a settembre 2013, ha confermato un'incapacità lavorativa totale nella propria attività abituale dall'ottobre 2013 e del 100% (riduzione del rendimento)

dall'ottobre 2013 al marzo 2014 e del 40% dall'aprile 2014 in un'attività adeguata. L'Ufficio AI, viste le osservazioni del 23 marzo 2017 (doc. AI 193/724-728) – formulate tramite l'allora patrocinatore avv. \_\_\_\_\_ e con le quali l'assicurato, senza produrre ulteriore documentazione, ha contestato la valutazione medica adducendo che "(...) la perizia psichiatrica redatta dalla Dr.ssa Med. \_\_\_\_\_, pag. 11-13 in particolare, ben esprime la residua capacità lavorativa dell'assicurato, valutazione che si scontra con le conclusioni riportate nell'avversato progetto di assegnazione di rendita. Il citato referto spiega inoltre che la componente psichica compromette l'abilità lavorativa in qualunque attività esigibile dal profilo fisico, non appena insorge il dolore. (...)” (doc. AI 193/726) – le ha sottoposte al SAM (cfr. doc. AI 196/734) che, nel complemento del 18 maggio 2017 (doc. AI 197/735-738) ha rilevato: "(...) Come richiesto, abbiamo sottoposto la sua lettera del 25.4.2017 e le osservazioni del legale del 23.3.2017 alla nostra consulente in psichiatria Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che così risponde: "In seguito alla tua richiesta di risposta al dr. Med \_\_\_\_\_ (specialista FMH psichiatra-psicoterapeuta medico responsabile del Servizio Medico Regionale), per una mia presa di posizione sulle osservazioni dell'Avv. \_\_\_\_\_ del 23.03.2017. Ho letto le osservazioni dell'Avv. \_\_\_\_\_, in cui cita il mio consulto del 16 maggio 2016, che non posso fare altro che confermare, in quanto non sono stati prodotti altri documenti che attestino un peggioramento o al contrario un miglioramento delle condizioni psichiche. Pertanto non posso far altro che confermare per ciò che mi compete, ciò che ho già espresso nel mio consulto del 16 maggio 2016, quale una capacità lavorativa del 50% nelle attività da ultimo svolte, quale operaio, posatore di pavimenti, tecnico agricolo. Mentre è differente la capacità lavorativa psichiatrica in altre attività adatte, nel valore del 70%. Le attività adatte dal punto di vista psichiatrico devono considerare la parte somatica, con carichi di lavoro che non influiscono sulla componente algica, perché questa è correlata all'accentuazione dei sintomi psichici, che presenta, quali principalmente, ansia somatica, facile stancabilità, perdita di attenzione, concentrazione e irritabilità". In conclusione la nostra consulente Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ conferma la valutazione espressa nel suo consulto redatto il 16.5.2016. Confermiamo la nostra valutazione SAM: capacità lavorativa dello 0% in attività mediopesanti, del 60% ca. in un'attività rispettosa dei limiti funzionali. (...)” (doc. AI 197/736). Il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR e FMH in psichiatria e psicoterapia, nell'annotazione del 23 maggio 2017, ha quindi concluso che "(...) ho preso nozione della risposta dei colleghi del SAM del 18 maggio u.s., in particolare della psichiatra Dr.ssa \_\_\_\_\_. Si tratta di una presa di posizione puntuale ed esaustiva alle osservazioni della rappresentante legale dell'assicurato, del tutto condivisibile dal punto di vista medico-psichiatrico. Confermo, pertanto, tale presa di posizione rispettivamente il rapporto SMR finale del 14.07.2016 [ndr. recte: 12 luglio 2016] (...)” (doc. AI 198/739). L'Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate e ritenuta la valutazione economica – le tabelle con allegata la riduzione al reddito ipotetico da invalido allestite il 13 gennaio e il 20 febbraio 2017 (doc. AI 180/701-704 e 179/698-700) e la valutazione del consulente in integrazione professionale del 26 gennaio 2017 (doc. AI 184/707-708) – , ritenuto che dal 1. gennaio 2009 è al beneficio del diritto ad una mezza rendita e considerato un temporaneo peggioramento dello stato di salute, ha aumentato il diritto alla rendita da mezza a intera dal 1. marzo 2014 e l'ha soppressa con effetto dal 1. agosto 2017 (cfr. consid. 1.3). 2.6. 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.

### **E. 2.11**

Se condo 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico dell'assicurato nella misura di fr. 250.-- e dell'Ufficio AI nella misura di fr. 250.--. L'insorgente chiede tuttavia di essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio (cfr. consid. 1.4). Ritenuti l'esito della lite e il diritto a ripetibili parziali, tale richiesta, per quanto attiene alla parte per la quale l'insorgente è vincente in causa, è divenuta priva di oggetto (DTF 124 V 301 consid. 6; STCA U 164/02 del 9 aprile 2003). Per la parte del ricorso in cui l'assicurato è soccombente, l'interessato può invece essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria, sempre che adempia le relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). 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; Kieser, ATSG-Kommentar 3a ed., 2015, ad art. 61, n. 173, pagg. 828-829). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (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; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 173 segg.) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se il processo non è palesemente privo di esito positivo e se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid 5b con riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4b pag. 31; DTF 119 Ia pag.11; DTF 103 Ia 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 Ia 195, il coniuge o i genitori). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11). Non è determinante che l'indigenza sia stata cagionata da colpa propria (Haefliger, Alle Schweizer sind vor dem Gesetz gleich, pag. 165). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 consid. 7b e 7c, pagg. 447-48). All'importo base LEF va applicato un supplemento variante fra il 15% e il 25% (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004 consid. 4). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga

di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (RAMI 1996 N. U 254 pag. 209 consid. 2). In una sentenza pubblicata in DTF 124 I 1, il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, in quanto può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte il richiedente deve piuttosto – indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie – essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale. L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo. Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo l'Alta Corte infatti si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia. La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 119 Ia 11 consid. 5 pagg. 12-13; DTF 118 Ia 369). Generalmente dal punto di vista temporale lo stato di bisogno dell'istante va determinato secondo la situazione esistente al momento della decisione (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4b pag. 31).

L'assistenza giudiziaria può essere tuttavia concessa anche con effetto retroattivo nella misura in cui i relativi presupposti sono adempiuti (SVR 2000 UV Nr. 3). Nella fattispecie concreta – ancorché dalla tassazione fiscale per il periodo dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2015 risulta che l'interessato ha dichiarato quale redditi totali l'importo di fr. 24'363.-- confermati dall'autorità fiscale (VIII/3) – nel "Certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria" l'insorgente non ha indicato alcun reddito (VIII/1). In una sentenza I 134/06 del 7 maggio 2007 il TF ha stabilito quanto segue: " (...) prima di potere eventualmente richiedere l'assistenza giudiziaria dallo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile (la giurisprudenza federale garantisce una riserva di soccorso ["Notgroschen"; v. RSAS 2003 pag. 522, B 52/02, consid. 5.3; inoltre sentenza 4P.158/2002 del 16 agosto 2002, consid. 2.2]), deve di principio attingere alla propria sostanza ( DTF 119 Ia 11 consid. 5a pag. 12; sull'esigibilità, per il richiedente, di gravare un immobile e di assumersi un [ulteriore] debito ipotecario cfr. ad es. DTF 119 Ia 11 nonché Anwaltsrevue 8/2003 pag. 272, B 54/05). Ora, dalla documentazione fornita dal ricorrente si evince che lo stesso dispone di una sostanza sufficiente per potere pagare la propria legale nella procedura AI oggetto del presente ricorso. In calce al modulo, presentato in questa sede, per la richiesta dell'assistenza giudiziaria, l'autorità comunale ha indicato in fr. 301'696.- l'importo della sostanza risultante dalla tassazione 2003, emessa in data 21 settembre 2005, mentre con la più recente decisione provvisoria di fissazione dei contributi AVS/AI/IPG del 2 giugno 2006 la Cassa cantonale di compensazione ha accertato in fr. 134'000.- la sostanza netta complessiva in Svizzera o all'estero. (...)." (I 134/06 del 7 maggio 2007, consid. 7) Nella sentenza pubblicata in DTF 119 Ia 11, l'Alta corte ha affermato: " (...) Dans un arrêt du 24 février 1982, la Ire Cour de droit public du Tribunal fédéral n'a pas jugé contraire à l'art. 4 Cst. la décision selon laquelle le propriétaire d'un immeuble estimé à 199'650 francs et grevé à concurrence de 182'998 francs 20 peut obtenir un crédit supplémentaire sur sa fortune nette, à savoir 16'651 francs 80, pour mener le procès. Le requérant doit en effet mettre à contribution son patrimoine, avant d'exiger de l'Etat l'assistance judiciaire; ce n'est que lorsque l'immeuble ne peut plus être ultérieurement grevé que l'autorité cantonale tombe dans l'arbitraire (arrêt non publié Z. c. K. et Juge-Instructeur II du district de Viège, consid. 6). Cette solution est en accord avec la

jurisprudence cantonale et la doctrine, qui estiment également que le propriétaire d'un bien-fonds doit en principe obtenir un crédit garanti par l'immeuble, autant que ce dernier peut encore être grevé (Zurich: BIZR 1969 p. 273; Bâle-Ville: BJM 1987 p. 220 consid. 2; Neuchâtel: RJN 1991 p. 112 consid. 2a, 1986 p. 127 consid. 2, qui cite un arrêt non publié en la cause J. du 12 novembre 1980; Thurgovie: RBOG 1986 p. 69 consid. 3; Valais: RVJ 1982 p. 86 consid. 2; Berne: Circulaire de la Cour d'appel no 18 du 15 novembre 1989, citée dans ATF 118 Ia no 51 précité, consid. 2, non publié; ZEN-RUFFINEN, Assistance judiciaire et administrative: les règles minima imposées par l'art. 4 Cst., JdT 1989 I p. 39; FAVRE, L'assistance judiciaire gratuite en droit suisse, thèse Lausanne 1989, p. 52; RIES, Die unentgeltliche Rechtspflege nach der aargauischen Zivilprozessordnung vom 18. Dezember 1984, thèse Zurich 1990, p. 90/91; contra: DÜGGELIN, Das zivilprozessuale Armenrecht im Kanton Luzern, thèse Zurich 1986, p. 81 en haut). Ce principe ne saurait être tenu pour contraire à l'art. 4 Cst. Il prend moins en considération la valeur de l'immeuble comme telle, que le crédit que celui-ci permet au propriétaire d'obtenir. Dans cette optique, un arrêt neuchâtelois a estimé qu'il faut pareillement tenir compte de la part du requérant dans une succession non partagée (RJN 1982 p. 114; la cour de céans a rejeté le recours de droit public formé contre cette décision: arrêt non publié dame B. c. Tribunal administratif du canton de Neuchâtel du 2 février 1982, consid. 3b, qui relève que la recourante peut "obtenir un prêt sur sa part successorale ou contracter un emprunt garanti par cette part."). (...)." (DTF 119 Ia 11, consid. 5a, pagg. 11 e 12) In concreto, dalla tassazione fiscale per il periodo dal 1° gennaio 2012 al 31 dicembre 2015 emerge che l'interessato, quale sostanza, ha dichiarato fr. 135'741.-- – di cui fr. 133'978.-- di sostanza immobiliare – confermati dall'autorità fiscale. Sempre dalla medesima tassazione risulta un debito privato di fr. 11.-- e una sostanza netta, prima delle deduzioni sociali per coniugati, di fr. 135'730 (VIII/3). Di conseguenza, conformemente alla succitata giurisprudenza, l'insorgente è tenuto ad intaccare la propria sostanza, chiedendo un prestito ipotecario per far fronte al pagamento delle spese legali. Non va qui dimenticato che, determinante per la concessione di un mutuo ipotecario è il valore venale di mercato, di regola calcolato dai periti degli istituti bancari e di norma più elevato di quello di stima e che per una causa come quella in esame, di media difficoltà, il TCA riconosce, nell'ambito dell'assistenza giudiziaria, di norma, un importo complessivo non superiore a fr. 2'000.--, spese ed IVA incluse. Ne segue che l'insorgente non ha reso verosimile la sua indigenza e pertanto non può essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio.

#### **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, op. cit., 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 (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 e 122 V 160 consid. 1c). 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. 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). In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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, consid. 5.3). 2.7. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione qui impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la

valutazione peritale del SAM, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchia i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Questo per i motivi che seguono. Dal fascicolo (cfr. doc. AI 171/581-683) risulta che il SAM ha considerato compiutamente tutta la documentazione medica agli atti precisando debitamente le ragioni per le quali i periti hanno concluso per un'incapacità lavorativa totale nella propria attività abituale dall'ottobre 2013 e del 100% (riduzione del rendimento) dall'ottobre 2013 al marzo 2014 e del 40% dall'aprile 2014 ( inabilità lavorativa totale dal 1. ottobre 2013, data dell'intervento di discectomia e artrodesi combinata anteriore e posteriore mini invasiva (doc. AI 136/493-495), fino al 31 marzo 2014, sei mesi dopo l'intervento ) in un'attività adeguata. La valutazione dei periti del SAM non è stata validamente contestata e tantomeno messa in dubbio da nessun medico, né generico né specialista. In particolare, quanto al rapporto del 25 giugno 2017 (doc. D) del dr. \_\_\_\_\_, FMH in ortopedia e traumatologia, indirizzato al dr. Tutta, questo Tribunale rileva quanto segue. Il dr. \_\_\_\_\_ non si è confrontato con la valutazione dei periti del SAM e, poste le diagnosi note, ha concluso in modo del tutto generico che "(...) è improbabile che senza una rieducazione cognitiva il paziente possa ottenere beneficio da un trattamento chirurgico ulteriore. Nella situazione attuale il paziente risulta inabile per le attività lavorative a mio parere nella misura del 75%. Da considerare eventuale ricovero per trattamento riabilitativo multidisciplinare in regime stazionario. (...)'" (doc. D). Al riguardo il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 29 agosto 2017, ha rilevato che "(...) l'attuale rapporto del dr. \_\_\_\_\_ [ndr. si riferisce al succitato rapporto del 25 giugno 2017 sub doc. D] contiene in pratica la medesima valutazione già esposta nel suo rapporto del 29.3.2016 indirizzato sempre al dr. \_\_\_\_\_. Quindi assenza di nuovi elementi clinici. (...)'" (IX/1). Quanto al certificato medico del 10 marzo 2016 della dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. C), lo stesso è stato menzionato negli atti ed è presente nella perizia del SAM (cfr. doc. AI 171/588 e 171/636) ed è, pertanto, già stato considerato dai periti. Nemmeno è possibile seguire l'insorgente laddove con il ricorso – riprendendo quanto già addotto nelle succitate osservazioni del 23 marzo 2017 (formulate tramite l'allora patrocinatore avv. \_\_\_\_\_; doc. AI 193/724-728; cfr. consid. 2.5) – sostiene che "(...) la perizia psichiatrica redatta dalla Dr.ssa Med. \_\_\_\_\_, pag. 11-13 in particolare, ben esprime la residua capacità lavorativa dell'assicurato, valutazione che si scontra con le conclusioni riportate nell'avversata Decisione del 1° giugno 2017 dell'UAI. (...)'" (I, pag. 5). In effetti, nel consulto del 16 maggio 2016 (doc. AI 171/655-670), la dr.ssa \_\_\_\_\_ – dopo aver concluso che: "(...) Posso giungere alla valutazione dell'A. avvalendomi della lettura degli atti, dei due colloqui, in cui ritrovo i seguenti criteri diagnostici quali la presenza di un leggero umore depresso con pessimismo verso l'eventuale evoluzione positiva del futuro, specie per la presenza di dolore cronico, la presenza di ansia somatica. Per la diagnosi di disturbo da sintomi somatici/disturbo somatoforme da dolore persistente è necessaria la presenza di sintomi somatici associati a determinate caratteristiche psicologiche, non basta più la presenza di sintomi somatici in assenza di una condizione organica che li motivi. Il sintomo somatico di per sé non ha valenza diagnostica: viene valutata l'esperienza che l'A. fa di sé stesso nelle tre componenti della processazione cognitiva (cosa penso di me in questa condizione), della risonanza emotiva (quale condizione emotiva sto vivendo) e della risposta comportamentale (qual è il mio comportamento in risposta a tutto ciò). L'A. infatti è pervaso da preoccupazioni riguardanti i sintomi fisici e la propria salute, preoccupazioni che vanno molto al di là di ciò che è generalmente considerato ragionevole, e così intense da causargli

disagio/compromissione clinicamente significativa che richiedono chiaramente un'attenzione clinica. Le preoccupazioni sono pervasive e persistono, a dispetto di esami medici quali il consulto reumatologico del Dr. med. \_\_\_\_\_ dell'11.4.2016 e sono resistenti alla rassicurazione realistica e lontane da qualsiasi rischio reale per la salute, nonostante appunto il convincimento negativo a tal proposito dell'A. gradualmente la vita di persone che sviluppano questo disturbo si concentra a tal punto sulle questioni di salute da compromettere in modo negativo i ritmi quotidiani, la famiglia e il lavoro. Il disagio psicologico ha raggiunto anche in quest'A. dimensioni tali da richiedere attenzione psichiatrica. (...)” (doc. AI 171/664) – , circa la capacità lavorativa nelle attività da ultimo svolte e in un’attività adeguata si è così espressa: “(...) La capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico nelle attività da ultimo svolte quale operaio, posatore di pavimenti, tecnico agricolo è del 50%. Per limitazioni di rendimento in quanto è presente l’ansia somatica, una facile faticabilità, perdita di attenzione e concentrazione e irritabilità. [...] Penso che l'A. possa svolgere altre attività con capacità lavorativa psichiatrica al 70%, in attività adatta, dove l’incidenza dello sforzo fisico sia minimo in quanto questa, vista la presenza di disturbo somatoforme da dolore persistente influisce negativamente sulla condizione psichica. (...)” (doc. AI 171/665- 666, la sottolineatura è del redattore). Ma vi è di più. Nel complemento peritale del 18 maggio 2017 (doc. AI 197/735-738) – quanto alle argomentazioni in merito alla valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ sviluppate con il ricorso che, lo si ribadisce, riprendono quanto già addotto nelle osservazioni del 23 marzo 2017 (cfr. consid. 2.5) – , i periti del SAM, interpellati al riguardo dal medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 196/734), hanno confermato la loro valutazione vista la risposta del 15 maggio 2017 della dr.ssa \_\_\_\_\_ la quale, circa il suo consulto del 16 maggio 2016, ha addotto: “(...) non posso fare altro che confermare in quanto non sono stati prodotti altri documenti che attestino un peggioramento o al contrario un miglioramento delle condizioni psichiche. Pertanto non posso far altro che confermare per ciò che mi compete, ciò che ho già espresso nel mio consulto del 16 maggio 2016, quale una capacità lavorativa del 50% nelle attività da ultimo svolte, quale operaio, posatore di pavimenti, tecnico agricolo. Mentre è differente la capacità lavorativa psichiatrica in altre attività adatte, nel valore del 70%. Le attività adatte dal punto di vista psichiatrico devono considerare la parte somatica, con carichi di lavoro che non influiscano sulla componente algica, perché questa è correlata all’accentuazione dei sintomi psichici, che presenta, quali principalmente, ansia somatica, facile stancabilità, perdita di attenzione, concentrazione e irritabilità. (...)” (doc. AI 197/737-738, la sottolineatura è del redattore). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall’altra questo principio non è però assoluto, visto che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ove ciò fosse ragionevolmente esigibile le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In concreto, nonostante abbia avuto la facoltà, da ultimo ancora dopo la risposta (cfr. doc. X), di presentare eventuali altri validi mezzi di prova, l’insorgente non ne ha prodotti e si è limitato a delle esternazioni personali che, in quanto tali, vanno trattate alla semplice stregua di allegazioni di parte. Egli non ha pertanto prodotto nessuna documentazione medica atta a mettere in dubbio la valutazione del SAM confermata anche dal medico SMR

dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, che, nell'annotazione del 23 maggio 2017 (doc. AI 198/739), ha confermato la presa di posizione di cui al rapporto finale del 14 luglio 2016 (cfr. doc. AI 172/684-686). L'obbligo di collaborare non può peraltro tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici – magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo –, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo a riguardo della diligente valutazione medica effettuata dall'amministrazione (cfr., tra le tante, STCA 32.2017.40 del 20 settembre 2017 con riferimenti). Questo Tribunale ritiene pertanto che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità lavorativa dell'assicurato e in particolare le limitazioni da osservare, sino all'emanazione del querelato provvedimento (il 1. giugno 2017, data questa che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali; cfr. DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; STF 9C\_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C\_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3 ), senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va ricordato 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 ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte con riferimenti) . Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. ( STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; SVR 2001 IV Nr. 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). 2.8. Quanto alla possibilità di reintegrazione senza la necessità di provvedimenti professionali – aspetto questo rimasto incontestato – questo Tribunale può fare propria la valutazione del 26 gennaio 2017 del consulente in integrazione professionale secondo il quale “(...) per quanto riguarda l'Analisi SIP e quindi la possibilità di sviluppare un percorso di reinserimento stabile e duraturo nel mercato libero del lavoro. L'A.to è stato giudicato abile in attività adeguata nella misura del 60% sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Esempi di professioni esigibili e rispettose delle limitazioni funzionali: – Ausiliario sorveglianza raccolta rifiuti (vedi SMR 14.07.2016 [ndr. recte: 12 luglio 2016]) – Addetto alla logistica/magazzino nel settore della componentistica dentale – Addetto qualità / imballaggio / confezione • Settore industriale orologiero • Settore farmaceutico • Settore prodotti plastici. Considerando tutti gli elementi in nostro possesso che il caso ha messo in luce, non ritengo vi sia margine per riconoscere formazioni (mirate) di breve/media durata che possano verosimilmente migliorare, apprezzabilmente, la capacità di guadagno dell'A.to. Eventualmente, in un secondo momento, dietro marcata motivazione e richiesta esplicita dell'A.to, e solo dopo maturazione definitiva della decisione il SIP rimane a disposizione nel considerare un servizio di aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 185/709-708). 2.9. In merito alla valutazione economica va innanzitutto rilevato che

determinanti sono i dati del 2014. Infatti, da una parte è da quell'anno che, dopo aver aumentato il diritto alla rendita da mezza a intera ( dal 1. marzo 2014 ritenuta la revisione intrapresa nel marzo 2014 ex art. 88bis cpv. 1 OAI e considerata un'inabilità lavorativa in un'attività adeguata del 100% dal 1. ottobre 2013, data dell'intervento di discectomia e artrodesi combinata anteriore e posteriore mini invasiva (doc. AI 136/493-495) fino al 31 marzo 2014, sei mesi dopo l'intervento ), l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita con effetto dal 1. agosto 2017 ex art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (cfr. consid. 1.3). Dall'altra parte, visto che dalle suesposte risultanze mediche (cfr. consid. 2.7) non risulta che dal mese di aprile 2014 al momento della resa della decisione impugnata (il 1. giugno 2017) vi siano stati dei mutamenti valetudinari, non è necessario aggiornare i dati al 2017. 2.9.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9C\_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 e/o al momento della sua modifica), 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 (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 (STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2 con riferimenti). Nella fattispecie, in sede di risposta, l'Ufficio AI ha precisato che "(...) l'amministrazione ha ripreso quale reddito da valido fr. 54'247.- indicato nella precedente decisione del 20 agosto 2009, salario già definito dal TCA con sentenza dell'11 novembre 2008, aggiornandolo al 2014 in fr. 58'901.-. (...)" (IX, pag. 3; vedi anche la tabella sub doc. AI 181/704). Questo dato – rimasto incontestato (il medesimo importo di fr. 58'901.--, quale reddito da valido, è stato ritenuto dall'insorgente nel calcolo esposto al punto 5 del ricorso) e ribadito che l'anno determinante è il 2014 non essendo necessario aggiornare i dati al 2017 ritenuta la situazione valetudinaria immutata dall'aprile 2014 fino al momento della resa del provvedimento qui impugnato – può essere fatto proprio da questo Tribunale.

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 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 Nr. 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 pag. 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 nella DTF 141 V 1 consid. 5. Conformemente alla succitata giurisprudenza – osservato con la risposta che "(...) l'amministrazione ha omesso di riprendere la riduzione per gap salariale applicata nella decisione del 20 agosto 2009 e dal TCA nella sentenza del 2008 citata [ndr. si riferisce alla STCA dell'11 novembre 2008 sub doc. AI 94/377-398] . (...)” (IX pag. 3) – è a ragione che l'Ufficio AI ha ritenuto applicabile una riduzione del 9% per gap salariale adducendo che "(...) determinando per il 2014 una differenza del 14,1% tra il salario da valido di fr.

58'901.- e quello statistico di fr. 68'562.15 definito su base RSS 2014, TA1, categoria 41-43, livello 1, uomini, di fr. 5'507.- da moltiplicare per 12 mesi, diviso l'orario di 40 ore, moltiplicato per le ore svolte in tale ambito nel 2014 di 41,5 ore, osservato il margine tollerato di differenza del 5% come da prassi dell'Alta Corte (DTF 135 V 297), si determina l'applicazione di una riduzione del 9% al reddito da invalido per parallelismo dei redditi. (...)” (IX pag. 3). L'insorgente contesta la riduzione del 10% al reddito ipotetico da invalido – “(...) visto quanto espresso in precedenza, si stabilisce una riduzione al reddito da invalido del/lo 5% per attività leggere e del/lo 5% per altri fattori di riduzione. (...)” (doc. AI 179/700 e 180/703) – adducendo che egli possiede “(...) tutti i fattori di riduzione riconosciuti dalla giurisprudenza: oltre alle limitazioni legate alla sua mobilità e alla capacità di sollevare pesi, egli presenta difficoltà economiche, fattori socio culturali e pregressi fenomeni psicotraumatici legati in particolare al periodo di guerra in Kosovo e alla condizione di profugo. Ad essi vanno poi aggiunte le sue difficoltà di concentrazione e quelle relazionali che anche in precedenza lo portavano a cambiare vari impieghi. Si giustifica pertanto una riduzione del reddito esigibile del 25%. (...)” (I, pag. 5). Al riguardo questo Tribunale rileva innanzitutto che dal rapporto finale SMR del 12 luglio 2016 risulta che le limitazioni funzionali legate al carico massimo di pesi (15 kg) sono state considerate e che tanto l' “Alternanza della postura al bisogno” quanto la “Necessità di pause supplementari” sono state incluse nella valutazione medica (cfr. doc. AI 172/685). In questo senso a ragione il consulente in integrazione professionale ha concluso che “(...) la limitazione del rendimento determinato in sede medica, tiene già in considerazione le limitazioni funzionali. (...)” (doc. AI 179/699 e 180/702). Va qui inoltre rilevato che la dr.ssa \_\_\_\_\_ – nel consulto del 16 maggio 2016 confermato dai periti del SAM (cfr. consid. 2.5) –, circa le conseguenze sulla capacità di lavoro ritenuta la “Descrizione di risorse e deficit – secondo schema MINI ICF – APP –”, ha concluso che “(...) potrebbe avere difficoltà in un'attività lavorativa per la presenza di ridotta persistenza, ma maggiormente per la presenza di incapacità ad essere flessibile quindi con problemi nelle relazioni con gli altri, questo potrebbe essere alla base dei suoi cambiamenti di lavoro. (...)” (doc. AI 171/662). Anche questi aspetti sono pertanto già stati considerati nella valutazione medica. Quanto alla nazionalità e permesso di soggiorno il consulente in integrazione ha poi rilevato che “(...) visto la nazionalità e/o il permesso di soggiorno dell'assicurato/a, si ritiene applicabile una riduzione per questo fattore. (...)” (doc. AI 179/700 e 180/703). Visto quanto suesposto – tenuto inoltre conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3 – questo Tribunale non può quindi che confermare la riduzione del 10% applicata dall'Ufficio AI. In conclusione, considerato tutto quanto sopra esposto, il reddito ipotetico da invalido si attesta a fr. 32'655.06 ( fr. 5'312 [salario lordo mediamente percepito nel 2014 dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale di 40 ore settimanali nel settore privato secondo la tabella TA1 2014 skill level (NOGA08)], riportati su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014, moltiplicati per 12, ritenuta la capacità lavorativa residua del 60%, applicata la riduzione del 9% per gap salariale e del 10% quale riduzione sociale ) . 2.9.3. Confrontando il reddito da valido di fr. 58'901.-- (cfr. consid. 2.9.1) con quello da invalido di fr. 32'655.06 (cfr. consid. 2.9.2) si ottiene un grado d'invalidità del 45% ( [58'901 - 32'655.06] x 100 : 58'901 = 44.55% arrotondato al 45% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 ) che da diritto ad un quarto di rendita (cfr. consid. 2.2). Questo Tribunale rileva che anche se, per pura ipotesi di lavoro, si

volesse riconoscere una riduzione sociale del 15% il risultato non cambia. Infatti, in questa evenienza il reddito da invalido si attesterebbe a fr. 30'840.89 e il grado d'invalidità sarebbe del 48% ( $[58'901 - 30'840.89] \times 100 : 58'901 = 47.70\%$  arrotondato al 48% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 ) che comunque da diritto ad un quarto di rendita (cfr. consid. 2.2) 2.10. In simili circostanze – ritenuto che dopo un peggioramento temporaneo (inabilità lavorativa totale dal 1. ottobre 2013, data dell'intervento di discectomia e artrodesi combinata anteriore e posteriore mini invasiva, fino al 31 marzo 2014, sei mesi dopo l'intervento) la situazione valetudinaria si è stabilizzata con, dall'aprile 2014 in avanti, una capacità lavorativa residua del 60% in un'attività adeguata (cfr. consid. 2.7) e che dal relativo raffronto fra i redditi ipotetici da valido ed invalido il grado d'invalidità è del 45% (rispettivamente del 48% nell'ipotesi di una riduzione del 15%; cfr. consid. 2.9.3) – è a giusta ragione che l'Ufficio AI con la risposta ha proposto di accogliere parzialmente il ricorso adducendo che “(...) in considerazione di quanto sopra [ndr. si riferisce al nuovo calcolo del grado d'invalidità tenendo conto del gap salariale] , in parziale accoglimento del ricorso, lo scrivente Ufficio AI conferma per il signor \_\_\_\_\_ [ndr. recte: RI 1 cfr. doc. AI 177/692] il diritto alla rendita intera d'invalidità dal 1° marzo 2014 in seguito ridotto ad un quarto di rendita (grado AI del 45%), e non soppresso come indicato nella decisione, con effetto dal 1° agosto 2017. (...)” (IX, pag. 3). La decisione impugnata va pertanto riformata nel senso che all'assicurato va riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. marzo 2014 (primo giorno del mese in cui è stata avviata la revisione d'ufficio ex art. 88bis cpv. 1 lett. b OAI) al 31 luglio 2017 e a un quarto di rendita dal 1. agosto 2017 (riduzione dall'aprile 2014 sei mesi dopo l'intervento dell'ottobre 2013 con effetto al 1. agosto 2017 ex art. art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI). Ritenuto che l'insorgente ha postulato il diritto a tre quarti di rendita e, subordinatamente, il mantenimento del diritto alla mezza rendita dopo il 31 luglio 2017 (cfr. consid. 1.4), il ricorso va quindi parzialmente accolto.

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