

TI_GERICHTE 32.2017.187 vom 28. September 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-09-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.187

FR: TI_GERICHTE 32.2017.187 du 28 septembre 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.187 del 28 settembre 2017

Erwägungen

E. 4

cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate).

Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2).

2.2. Il ricorrente chiede al TCA di esaminare se la risposta di causa dell'amministrazione è tempestiva, poiché il termine di 20 giorni è stato concesso in data 2 novembre 2017 e la risposta datata 29 novembre 2017 è giunta il 4 dicembre 2017.

La questione non va approfondita.

Infatti se è vero che per l'art. 5 cpv. 1 Lptca (nuova numerazione RL dal 22 giugno 2018: 178.100) immediatamente dopo avere esaminato il ricorso o dopo che lo stesso sia completato e ritornato al Tribunale, il Giudice delegato ne trasmette copia all'autorità amministrativa che ha emanato la decisione impugnata, fissandole un termine di 20 giorni per la presentazione dell'atto di risposta, al quale va allegato l'incartamento completo, d'altra parte l'art. 13 cpv. 4 Lptca prevede che trascorso un termine fissato in applicazione della presente legge, il Giudice delegato assegna un ultimo termine perentorio; egli commina contemporaneamente le conseguenze in caso di inosservanza.

Per cui se l'amministrazione non avesse risposto nei termini, il Tribunale le avrebbe concesso un ultimo termine perentorio entro il quale produrre la risposta.

nel merito

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.),

Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46).

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

Ai sensi dell'art. 16 LPGa, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1).

2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGa).

Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGa.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di

aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137).

Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI.

2.5. Va ancora rilevato che con sentenza 8C_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015, IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che 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).

In una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2).

2.6. In concreto, il 10 aprile 2015, l'UAI ha posto il ricorrente al beneficio di una rendita intera dal 1° maggio 2014, dopo un anno d'attesa, in seguito all'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività causata dall'incidente della circolazione avvenuto il 27 maggio 2013. Il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver visionato l'intera documentazione medica, aveva posto la diagnosi di politrauma con frattura del bacino tipo Open book con stato dopo fissazione sinfisi, frattura aperta del femore sinistro con stato dopo osteosintesi con placca, subamputazione della gamba sinistra con stato dopo completamento dell'amputazione e fissazione di frattura del piatto tibiale a sinistra, frattura del piatto tibiale laterale mediale a destra con esiti dopo osteosintesi, frattura pluriframmentaria intra-articolare scomposta del radio-distale destro con esiti di osteosintesi, frattura pluriframmentaria della base del metacarpo i mano destra con esiti di osteosintesi (pag. 161 incarto AI).

Nel corso del mese di gennaio 2016 l'UAI ha avviato la procedura di revisione della rendita (pag. 195 incarto AI).

II

E. 4.1

pag. 326; 129 V 222 consid. 4.4 pag. 225; RAMI 1993 no. U 168 pag. 103 consid. 5a e b; RCC 1989 pag. 485 consid. 3b; sentenze 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 6.1 e U 493/05 dell'11 gennaio 2007 consid. 3.2; sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 801/03 del 20 luglio 2004 consid. 3.1.2, I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2 e giurisprudenza citata). Alla base della citata giurisprudenza vi è la riflessione secondo cui un invalido non potrà realisticamente percepire il salario medio previsto dalle tabelle se già nell'attività svolta senza il danno alla salute conseguiva un reddito nettamente inferiore alla media per determinati motivi estranei all'invalidità (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 pag. 62; sentenza 9C_488/2008 del 5 settembre 2008 consid. 6.4, riassunta in RSAS 2008 pag. 570; sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 428/04 del 7 giugno 2006 consid. 7.2.2 e I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2). Come rammenta il TF nella sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 la giurisprudenza sul parallelismo dei redditi è stata ulteriormente precisata nella pronuncia pubblicata in DTF 135 V 58. In tale occasione il Tribunale federale ha evidenziato che, laddove un reddito da invalido appartenente alla fascia media appare realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media per motivi economici non va adeguato al valore medio di tale reddito, in quanto il potenziale economico non sfruttato non è assicurato (DTF 135 V 58 consid. 3.4.1 - 3.4.3 pag. 60 segg.). Tale procedere non discrimina inoltre le persone a basso reddito, poiché per la determinazione del grado di invalidità è rilevante unicamente la perdita di guadagno causata da un danno alla salute (sentenza citata consid. 3.4.1-3.4.6 pag. 60 segg.). Il parallelismo dei redditi può realizzarsi in particolare a livello del reddito da valido, tramite adeguato aumento oppure facendo capo ai valori statistici, o ancora a livello del reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 135 V 58 consid. 3.1 pag. 59; 134 V 322 consid. 4.1 pag. 326). In una seconda fase, occorre poi esaminare la questione di un'eventuale deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. I fattori estranei all'invalidità di cui si è già tenuto conto tramite il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322 consid. 5.2 e 6.2 pag. 328 e 329 seg.). Nella sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 il TF ha inoltre evidenziato che accertare quale parte del reddito dipende dalle condizioni del mercato del lavoro e quale dall'impegno dell'assicurato, rispettivamente dall'uso che egli fa del proprio potenziale economico o da altri fattori (cfr. la pronuncia del Tribunale federale delle assicurazioni I 696/01 del 4 aprile 2002 consid. 4b), risulta impresa alquanto ardua (malgrado ne sia stata negata l'applicazione diretta, potrebbe essere eventualmente d'aiuto, a titolo di indizio, la tabella TA13 relativa alle grandi regioni: cfr. sentenza 9C_310/2009 consid. 4.1.1, in cui si fa espresso riferimento, alla luce della citata tabella, alla diversa realtà del mercato del lavoro nel Cantone Ticino). Nella citata sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002 al consid. 3b)aa) e seguenti il TF ha dovuto giudicare il caso di un garagista indipendente che contestava l'ammontare del reddito da valido preso in considerazione dal Tribunale cantonale e dall'amministrazione. Sulla base del reddito registrato nel conto individuale, entrambe le autorità avevano ritenuto che l'interessato avrebbe potuto conseguire un reddito massimo di fr. 20'000 ("Verwaltung und Vorinstanz

gehen gestützt auf die Einträge im IK des Beschwerdeführers davon aus, dass dieser im Gesundheitsfall höchstens ein Einkommen in der Höhe von Fr. 20'000.- erzielen würde. In der Tat ist den betreffenden Einträgen zu entnehmen, dass der damals selbstständigerwerbende Garagist Einkünfte von jährlich höchstens Fr. 16'300.- (1986/87) und Fr. 16'500.- (1994/95) sowie Fr. 15'300.- (1996/97) erzielt habe. So besehen ist es nicht zu beanstanden, wenn Verwaltung und Vorinstanz das Valideneinkommen auf Fr. 20'000.- festgelegt haben, wobei die Gründe, warum der Beschwerdeführer nicht ein höheres Einkommen verabgab hat, keiner näheren Erörterung bedürfen“). Per l'Alta Corte tuttavia la circostanza che il ricorrente durante numerosi anni ha esercitato un'attività indipendente conseguendo redditi inusualmente bassi, che neppure permettevano un'esistenza dignitosa, non è di per sé decisiva per la fissazione del reddito da valido (“bb) Verwaltung und Vorinstanz übersehen nun aber den folgenden entscheidenden Punkt: Dass der Versicherte in der Vergangenheit einen Einmannbetrieb führte und sich in diesem Rahmen während Jahren mit unüblich tiefen, kaum existenzsichernden Erwerbseinkommen begnügte, ist für die Festlegung des Valideneinkommens als solchen nicht entscheidend.“). Ciò, perché il reddito da valido è un reddito ipotetico e un reddito da valido di soli fr. 20'000 poteva essere imputato all'allora ricorrente solo se sulla base di elementi concreti si poteva concludere che quale persona sana e completamente abile al lavoro si sarebbe accontentata di un guadagno marginale (“Denn das Valideneinkommen ist nicht eine vergangene, sondern eine hypothetische Grösse. Ein Valideneinkommen von bloss Fr. 20'000.- kann dem Beschwerdeführer daher nur dann angerechnet werden, wenn auf Grund der konkreten Verhältnisse seines Einzelfalles anzunehmen ist, dass er sich auch als gesunder, voll leistungsfähiger Berufsmann mit einer solchen Randexistenz begnügen würde.“). Nel caso che il TF era stato chiamato a giudicare sulla base degli atti non era tuttavia possibile concludere in tal senso (“Gerade dies kann nach Lage der Akten im Falle des Beschwerdeführers nicht gesagt werden”) ed ha preso in considerazione quale reddito da valido quello di un meccanico qualificato figurante nelle usuali tabelle RSS poiché occorreva ritenere che l'interessato, se non fosse divenuto invalido, avrebbe abbandonato la sua attività indipendente (cfr. anche la sentenza 9C_710/2016 del 18 aprile 2017, consid. 4.2, con riferimenti, dove il TF ha rammentato che i salari medi pagati in un settore hanno, di regola, la precedenza sulle retribuzioni fissate nei contratti collettivi di lavoro). In concreto, alla luce della citata giurisprudenza, delle affermazioni del ricorrente, della dichiarazione di _____ e, se necessario, di ulteriori accertamenti, l'UAI dovrà nuovamente valutare il reddito da valido. 2.11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso va accolto, la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'amministrazione per l'allestimento di una perizia reumatologica, un nuovo esame del reddito da valido e del calcolo del grado d'invalidità. In queste circostanze, visto l'esito del ricorso, non occorre dar seguito alla richiesta di assunzione di prove formulata dal ricorrente (segnatamente: allestimento di una perizia giudiziaria, sentire _____ quale teste). 2.12. Secondo gli art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'UAI.

ottobre 2016, il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver visitato l'Assicurato (cfr. pag. 227, 229, 231 e anche 221 incarto AI), ha stabilito che l'Assicurato continua ad essere totalmente inabile al lavoro nella sua professione di parrucchiere, mentre è incapace al lavoro al 60% in attività leggere ed adatte alla sua salute dal 29 dicembre 2015, affermando che possiamo reputare che dalla visita di chiusura della LAINF nel dicembre 2015, la situazione clinica si sia stabilizzata e che essa sia migliorata rispetto ai 18 mesi precedenti durante i quali si sono dovuti sopportare i diversi interventi chirurgici, i periodi di riabilitazione e l'adattamento alla nuova situazione, che hanno conferito all'Assicurato una totale IL in ogni attività dal 27 maggio 2013 (giorno dell'incidente) al 29 dicembre 2015. In attività confacente come descritto precedentemente, dal 29 dicembre 2015 in considerazione delle gravi sequele dell'incidente della circolazione e delle limitazioni funzionali organiche sopraggiunte e dai dolori dell'arto fantasma che ancora affliggono l'Assicurato, possiamo reputare che l'Assicurato possa lavorare al massimo 3-4 h al giorno, non come rendimento come espresso precedentemente, bensì come presenza, rispettosa delle limitazioni funzionali sovraesposte, in considerazioni dei forti dolori che dopo qualche ora lo costringono al riposo assoluto. Anche la funzionalità della mano destra sta deteriorandosi ulteriormente (pag. 231 incarto AI).

In seguito alle osservazioni inoltrate dall'Assicurato, l'UAI ha fatto allestire una perizia reumatologica ad opera del dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, il quale dopo aver visitato l'Assicurato in data 11 luglio 2017, ha redatto il referto il 17 luglio 2017. Dopo aver descritto l'anamnesi personale, sistematica, sociale, i dati soggettivi e le constatazioni oggettive, lo specialista ha espresso la sua valutazione e posto la diagnosi di sindrome cervicospindilogenica cronica bilaterale e lombovertebrale cronica in nota discopatia L5/S1, disturbi statici del rachide, decondizionamento e sbilancio muscolare, periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a destra, deficit funzionale algico del polso destro in esiti da frattura del radio distale e del metacarpo I a destra osteosintetizzati il 31.5.2013 rispettivamente il 14.6.2013, dolori gluteali caricodipendenti a destra, in ossificazione eterotopica alla tuberosità ischiatica a destra, pubalgia in esiti da osteosintesi della sinfisi pubica con placca e viti metalliche, dopo frattura del bacino del tipo open book, il 27 maggio 2013, gonalgie croniche a destra in probabile gonartrosi a destra (esiti da osteosintesi di frattura bicondylare scomposta dalla tibia prossimale destra, il 27.5.2013, probabile gonartrosi a sinistra in esiti da frattura diametafisaria pluriframmentaria del femore distale sinistro e da frattura composta del piatto tibiale sinistro osteosintetizzati, dopo infortunio del 27.5.2013, esiti da subamputazione della gamba sinistra, dopo infortunio del 27.5.2013 (pag. 314-315 incarto AI).

Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto dei limiti funzionali e di carico seguenti: l'Assicurato può talvolta sollevare e portare pesi fino a 3 kg fino all'altezza dei fianchi; l'Assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 2 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti 2 kg sopra l'altezza del petto. L'Assicurato può talvolta maneggiare attrezzi pesanti o molto molto pesanti. La rotazione manuale può essere talvolta svolta con l'avambraccio destro, molto spesso con l'avambraccio sinistro. L'Assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può mai assumere la posizione inginocchiata, talvolta effettuare la flessione delle ginocchia, mai assumere la posizione accovacciata. L'Assicurato può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, di

rado la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee quando ne risente il bisogno. L'assicurato può talvolta camminare fino a 50 metri, di rado oltre 50 metri, mai camminare per lunghi tragitti, come pure mai camminare su terreno accidentato, può di rado salire le scale, mai salire su scale a pioli.

Questi limiti funzionali tengono unicamente conto degli handicap strutturalmente spiegabili, inerenti al mio capo di specialità, ma non di fattori non assicurati, quali l'età, la formazione, la disoccupazione, difficoltà economiche, la reperibilità sul mercato del lavoro locale, di un'attività pienamente adatta allo stato di salute dell'assicurato, rispecchiante le sue aspettative, ecc.

Detti limiti funzionali e di carico sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo di lavoro.

Vi sono dunque risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale.

Ricordo che il servizio medico regionale dell'assicurazione invalidità del cantone Ticino, il 17.6.2016 riteneva data un'inabilità lavorativa nell'attività abituale di parrucchiere del 100% dal 27.5.2013 fino al 28.12.2015 e del 60% dal 29.12.2015.

Tenendo conto dei limiti funzionali e di carico sopraindicati, sapendo che l'attività abituale di parrucchiere implica quasi esclusivamente la posizione di lavoro eretta, spesso con anteflessione e torsione del tronco, con spalle in abduzione, richiedendo movimenti ripetitivi e di precisione con il braccio e con la mano destra, ritengo l'assicurato, come parrucchiere, inabile al lavoro nella misura dell'80%, da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, rispettivamente durante le ore dedicate a questo tipo di lavoro, a partire dal 29.12.2015.

()

Per un lavoro adatto allo stato di salute, in grado di tener conto di tutti i limiti funzionali e di carico sopramenzionati, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento di 1/3, per necessità di maggiori pause e per il rallentamento dei movimenti a seguito dei dolori strutturalmente spiegabili citati, a partire dal 29.12.2015. (pag. 315-316 incarto AI)

Il 31 luglio 2017 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato che:

Dalla lettura della perizia del _____ notiamo delle differenze riguardo la descrizione della CL in attività adeguata che sono riconducibili ad una diversa interpretazione della medesima, quanto piuttosto ad una evoluzione in senso migliorativo del quadro clinico e funzionale, che è rimasto stazionario.

Ricordiamo che il SMR un anno fa (poi ribadito ad ottobre u.s.) ha definito la capacità lavorativa in attività adeguata del 40%, mentre lo specialista reumatologo del 66,7%, in misura assai maggiore.

La IL totale come parrucchiere continua ed è definitiva dal giorno dell'incidente.

Permane valido RAF del 7 ottobre 2016.

Provvedimenti professionali auspicati. (pag. 317 incarto AI)

Sempre il 31 luglio 2017 il medico SMR, dr. med. _____, ha scritto al perito, affermando:

Inerente la sua perizia reumatologica del 17 luglio 2017 Lei indica a pagina 13 che il SMR il 17 giugno 2016 riteneva l'Assicurato inabile al 60% come parrucchiere dal 29 dicembre 2015.

Da una rilettura del Rapporto Finale del SMR del 17 giugno 2016 (come quello del 7 ottobre 2016) ciò che Lei ha affermato non trova riscontro.

()

Per cui il SMR ha descritto una IL totale come parrucchiere che continua ininterrotta in via definitiva dal giorno dell'incidente, mentre descrive una CL del 40% in attività adeguata dal 29 dicembre 2015.

Si è trattato di sicuro di una svista che la pregherei cortesemente di correggere sulla sua perizia (rieditandola) per una questione di precisione ed evitare strascichi giuridici (pag. 318 incarto AI)

Il 16 agosto 2017 il dr. med. _____ ha risposto affermando:

La ringrazio per il suo scritto del 31.7.2017, con il quale mi segnala un errore contenuto nel mio scritto peritale del 17.7.2017, a riguardo di questo sopraindicato assicurato da me sottoposto a perizia reumatologica l'11.7.2017, errore che, dopo aver riletto lo scritto, posso senz'altro confermare. In allegato ho apportato le dovute correzioni, rimanendo a sua più completa disposizione, per ogni ulteriore complemento d'informazione. (pag. 334 incarto AI)

Nell'allegata perizia, datata 13 agosto 2017, lo specialista, circa le conseguenze sulla capacità lavorativa, ha affermato:

Ricordo che il servizio medico regionale dell'assicurazione invalidità del cantone Ticino, il 17.6.2016 riteneva data un'inabilità lavorativa nell'attività abituale di parrucchiere del 100% dal 27.5.2013, ciò che, anche dopo l'attuale rivalutazione peritale reumatologica dell'11.7.2017, va riconfermato.

()

Per un lavoro adatto allo stato di salute, in grado di tener conto di tutti i limiti funzionali e di carico sopramenzionati, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 60%, per necessità di maggiori pause e per il rallentamento dei movimenti a seguito dei dolori strutturalmente spiegabili citati, a partire dal 29.12.2015, come già stabilito dal servizio medico regionale, il 17.6.2016.

(pag. 332-333 incarto AI)

Il 25 settembre 2017 il medico SMR, dr. med. _____, ha stabilito:

■()

Il miglioramento dello quadro clinico e dello stadio funzionale è stato dovuto alla conclusione del percorso di cure chirurgico/rabilitativo che ha ristabilito ora una capacità lavorativa di qualche ora in una attività lavorativa adeguata soggetta a diverse limitazioni funzionali (vedi RAF del 7 ottobre 2016).

La valutazione specialistica del dr. _____ dell'agosto 2017 del rispecchia quanto espresso nella visita medica presso il SMR dell'anno precedente.

Le affezioni sofferte dall'Assicurato sono state bene tenuto in conto dal punto di vista medico e la diminuzione del grado d'invalidità è dipendente essenzialmente dal raffronto dei redditi prima e dopo l'infortunio. (pag. 344 incarto AI)

Pendente causa il ricorrente ha prodotto il referto del 14 dicembre 2017 del dr. med. _____, FMH chirurgia ortopedica, che ha rilevato:

Nel rapporto del 28.12.2015 all'intenzione dell'assicurazione _____, il dr. _____ aveva ritenuto le seguenti affezioni riconducibili all'incidente motociclistico del 27.5.2013:

- . Frattura del bacino open book trattata cruentemente mediante osteosintesi con ottimo risultato;
- . distacco parziale di frammento osseo sull'osso ischiatico destro non trattato;
- . sub-amputazione della gamba sinistra con frattura aperta secondo Gustillo;
- . esiti di posa di fissatore esterno, rimozione del medesimo e osteosintesi, completamente dell'amputazione infra-genicolare;
- . paziente portatore di protesi infra-genicolare;
- . paziente portatore di protesi infra-genicolare all'arto inferiore sinistro.
- . frattura composta piatto tibiale a sinistra trattata cruentemente;
- . frattura bicondylare scomposta della tibia prossimale destra con interessamento della tuberositas tibiale transgenicolare destro, chiusura della fasciotomia;
- . esiti di osteosintesi del piatto tibiale laterale e mediale del ginocchio destro. Esiti di asportazione dei mezzi di sintesi del ginocchio destro;
- . frattura pluri-frammentaria intrarticolare scomposta del radio distale destro trattata cruentemente;
- . frattura pluri-frammentaria base i metacarpo mano destra trattata cruentemente mediante dapprima transfissazione e successiva osteosintesi.
- . polmonite conseguentemente trattata e guarita;
- . trombosi venosa profonda diartale arto inferiore destro conseguentemente trattata con anticoagulazione successivamente sospesa

Viene fatto riferimento specifico all'assenza di fattori estranei all'infortunio che viene ritenuto essere l'unica causa dello stato somatico del paziente.

Vengono riconosciuti:

- . Persistenti limitazione funzionale e dolori al polso e all'articolazione metacarpo I a destra che impediscono l'utilizzo ripetitivo della mano e del polso.
- . Persistenti dolori alla stazione seduta prolungata causa distacco del frammento dell'osso ischiatico a destra.
- . Impedimenti plurimi nella vita quotidiana (correre, saltare, maggiore affaticabilità, utilizzo delle protesi) in relazione alla lesione del muscolo quadricipite sinistro associata all'amputazione transgenicolare omo-laterale.
- . Dolore fantasma all'arto inferiore sinistro.

. Limitazione funzionale parziale e gonalgia su esiti di frattura del piatto tibiale interessante la tuberosità tibiale per quanto attiene al ginocchio destro.

Nel rapporto del 7.10.2016, il dr. _____ ritiene unicamente le diagnosi in relazione con il politrauma del 27.5.2013 facendo stato di una situazione clinica stabilizzata e di un miglioramento dello stato di salute motivato dalla conclusione del percorso di cure chirurgico/riabilitativo.

Malgrado l'asserito miglioramento, nello stesso rapporto il dr. _____ fa esplicitamente riferimento a un ulteriore deterioramento della funzionalità della mano destra presso un paziente destrimano. In effetti nel rapporto del 28.12.2015 il Dr. _____ quantifica gli impedimenti attribuibili alla mano destra (limitatamente) al suo uso ripetitivo. Il dr. _____ esclude per contro delle sollecitazioni per la mano destra.

Il dr. _____ non tiene inoltre conto delle affezioni extra-infortunistiche presentate dal signor RI 1, attinenti in particolare al rachide, già oggetto di misure diagnostiche e terapeutiche prima dell'evento del 27.5.2013 (vedi rapporti Dr. _____ a pagina 3 e 6), causa anche di consultazione presso il Servizio di Pronto Soccorso della Clinica _____ il 27.11.2016.

Disturbi del rachide per contro preso in considerazione dal dr. _____ non solo nella lista delle diagnosi, ma pure nella specificazione delle limitazioni; . di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, . di rado la posizione in piedi e inclinata in avanti, .

La conclusione di un percorso di cure chirurgico/riabilitativo non implica a priori un miglioramento dello stato di salute, così come il processo di adattamento a una nuova situazione, anche se stabilizzata, non comporta a priori delle ripercussioni in ambito lavorativo nell'ambito di un'economia di mercato indirizzata al rendimento.

Il rapporto del dr. _____ del 7.10.2016 contiene quindi delle contraddizioni (asserito miglioramento dello stato di salute, tuttavia ulteriore deteriorazione della funzionalità della mano destra), risultando incompleto non prendendo in considerazione le affezioni extra-infortunistiche.

Nel rapporto del 28.12.2015 il dr. _____ faceva stato di persistenti dolori alla stazione seduta prolungata causa distacco del frammento dell'osso ischiatico a destra. Disturbi e relazione causale in relazione con il frammento osseo staccato ripresi recentemente pure dal dr. _____ senza ritenere necessari interventi di rimozione della formazione ossea eterotopica.

Contrariamente a quanto ritenuto dal dr. _____ nei rapporti del 17.7.2017 e del 13.8.2017, il fatto che il signor RI 1 sia rimasto seduto tranquillamente durante una trentina di minuti senza ricercare posizioni antalgiche non implica a priori la possibilità di assumere spesso una posizione seduta di lunga durata sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore.

Confrontando i rapporti peritali del 17.7.2017 e 13.8.2017, il dr. _____ non si è limitato unicamente a correggere a pagina 13 un errore di riporto quo alle percentuali di incapacità lavorativa determinate in precedenza (come da risposta dell'Ufficio Assicurazione Invalidità del Canton Ticino del 29.11.2017.

Nelle pagine 10, 11 e 13 della versione più recente il dr. _____ ha in effetti:

. tolto degli interi paragrafi che erano stati inseriti nel rapporto peritale del 17.7.2017 a giustificazione delle quantificazioni espresse sull'■inabilità lavorativa

. cambiato in misura significativa la percentuale della diminuzione del rendimento nello svolgimento di attività adatte (dal 33 al 60%)

Indipendentemente dal tenore dei cambiamenti (a favore o meno dell'■assicurato) l'■evidenza stessa degli avvenuti cambiamenti è suscettibile di sollevare un grave fondato dubbio sull'■effettiva indipendenza e imparzialità del dr. _____ nella stesura, rispettivamente nella ponderazione del tenore dei suoi rapporti peritali.

Non solo l'■effettiva indipendenza del perito dall'■apparato ■amministrativo■ ma anche l'■entità importante del cambiamento della quantificazione della diminuzione del rendimento nello svolgimento di attività adatte (dal 33 al 60%) in presenza di un quadro clinico assolutamente identico (paragonando il tenore dei rapporti peritali del 17.7.2017 e del 13.8.2017) risulta essere ragionevolmente suscettibile d'■infondare un grave e fondato dubbio sull'■effettiva attendibilità delle valutazioni/quantificazioni delle capacità lavorative con ripercussioni anche significative sulle successive considerazioni di pertinenza amministrativa.■ (doc. Q)

Il 29 dicembre 2017 il dr. med. _____ ha affermato:

A riguardo delle critiche mosse dal collega ortopedico, va osservato che il sottoscritto aveva erroneamente segnalato nel paragrafo ■anamnesi sociale■ che il servizio medico regionale dell'■ufficio dell'■assicurazione invalidità, il 17.6.2016 aveva ritenuto l'■assicurato inabile al lavoro nell'■attività abituale al 100% dal 27.5.2013 fino al 28.12.2015 e al 60% dal 29.9.2015; questo errore mi veniva segnalato dal medico del servizio medico regionale Dr. _____ il 31.7.2017, errore comprovabile, rileggendo gli atti del servizio medico regionale (SMR) del 17.6.2016 ma anche del 7.10.2016.

Tenendo conto che i limiti funzionali e di carico stabiliti al momento della perizia reumatologica dell'■11.7.2017, non si discostavano sostanzialmente da quelli ritenuti dal SMR, la mia valutazione della capacità lavorativa, per l'■attività abituale, come casalingo e per un lavoro adatto allo stato di salute, non poteva che allinearsi, per motivi di coerenza, al giudizio a riguardo del SMR; i cambiamenti menzionati si sono resi necessari, come viene osservato dal Dr. _____, nelle pagine 10, 11 e 13 dello scritto peritale.

Il Dr. _____, a pagina 2 del suo rapporto, all'■attenzione del rappresentante legale dell'■assicurato del 14.12.2017 scrive ■Contrariamente a quanto ritenuto dal Dr. _____ nei rapporti del 17.7.2017 e 13.8.2017, il fatto che il signor RI 1 sia rimasto seduto tranquillamente durante una trentina di minuti senza ricercare posizioni antalgiche non implica a priori la possibilità di assumere spesso una posizione seduta di lunga durata sull'■arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore■; a riguardo va detto che il sottoscritto, nel profilare i limiti funzionali e di carico, osservava che l'■assicurato era in grado di assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee quando ne risentiva il bisogno, apprezzamento che dunque si allinea a quanto ritenuto dal collega ortopedico■ (doc. XI/4)

Il 21 dicembre 2017 il dr. med. _____ ha affermato:

Per ciò che mi concerne ribadisco il miglioramento complessivo dello stato generale di salute grazie alla conclusione del percorso di cure/riabilitativo.

In attività confacente come descritto, in considerazione delle gravi sequele dell'incidente della circolazione e delle limitazioni funzionali organiche sopraggiunte e dai dolori dell'arto fantasma che ancora affliggono l'Assicurato, ribadiamo che appare corretta la valutazione di una capacità lavorativa di 3 h al giorno, rispettosa delle limitazioni funzionali esposte nel RAF del 7 ottobre 2017.

Le mie considerazioni tengono conto anche delle affezioni extra-infortunistiche presentate dal signor RI 1 attinenti al rachide è già oggetto di consultazioni prima dell'evento del 27.05.2013, per cui soppesano attentamente e in misura adeguata la CL residua in attività adeguata al 40%, al quale sono stati ancora sottratti diversi punti percentuali in quanto ciò valido unicamente per attività leggere.

Il motivo della soppressione della rendita non va ricondotto a motivi medici. (doc. XI/2)

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.

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: cfr. 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 sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010).

Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'■affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'■assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 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).

2.8. In concreto, attentamente esaminata la documentazione medica presente all'■inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può confermare l'■operato dell'■Ufficio AI poiché il referto del dr. med. _____, FMH reumatologia, incaricato dall'■amministrazione di allestire una perizia specialistica, in seguito all'■intervento del medico SMR, ha subito delle modifiche sostanziali, segnatamente per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa in attività adatte e confacenti allo stato di salute del ricorrente, che non permettono di attribuire alla perizia un qualsiasi valore probatorio.

Il perito, nel referto datato 17 luglio 2017, aveva stabilito che l'■insorgente presentava un'■incapacità lavorativa dell'■80% nella precedente attività di parrucchiere a partire dal 29 dicembre 2015 e una diminuzione di rendimento di 1/3 in attività leggere dalla medesima data (cfr. pag. 316 incarto AI).

In seguito all'intervento del dr. med. _____ che lo aveva reso attento circa la non corretta indicazione del contenuto del rapporto finale SMR, segnatamente del fatto che l'insorgente era stato considerato completamente inabile al lavoro nella precedente attività di parrucchiere e non, come invece indicato nella perizia, inabile al 60% dal 29 dicembre 2015 (pag. 318 incarto AI), il dr. med. _____ nel referto datato 13 agosto 2017 non si è limitato a correggere il passaggio errato che poteva effettivamente essere dovuto ad una semplice svista, ma ha radicalmente modificato, sulla base del medesimo stato di fatto, la valutazione della capacità lavorativa dell'interessato sia nella precedente attività che in attività leggere, allineandosi in gran parte a quanto accertato, precedentemente, dal medico SMR (cfr. anche doc. XI/4).

La modifica non è di poco conto. In luogo di un'incapacità lavorativa dell'80% nella precedente attività il perito ha stabilito un'incapacità lavorativa del 100% e, soprattutto, in luogo di una incapacità lavorativa di 1/3 in attività leggere, il dr. med. _____ ha stabilito un'incapacità lavorativa del 60%.

È vero che la modifica è vantaggiosa per il ricorrente, che si vede attribuire incapacità lavorative maggiori nella seconda versione della perizia, rispetto alla prima stesura.

Tuttavia i cambiamenti apportati dopo l'intervento del medico SMR inficiano il valore di tutta la perizia, giacché, sulla base del medesimo stato di fatto, della stessa anamnesi, delle stesse constatazioni oggettive, degli stessi esami e della medesima valutazione, il perito giunge a conclusioni diverse, con un aumento considerevole dell'incapacità lavorativa in attività leggere (da 1/3 a 60%) e ciò malgrado non siano stati prodotti ulteriori atti medici e non siano emersi altri elementi che avrebbero potuto indurre il perito a stabilire una diversa incapacità lavorativa.

Ciò pone seri dubbi sull'affidabilità e sulla concluzione di tutta la perizia reumatologica posta alla base della soppressione della rendita d'invalidità.

Chiamato a determinarsi in merito, il dr. med. _____ non è stato in grado di giustificare in maniera convincente il motivo per il quale la valutazione della capacità lavorativa è stata modificata in maniera così radicale. Lo specialista si è infatti limitato a sostenere che ■Tenendo conto che i limiti funzionali e di carico stabiliti al momento della perizia reumatologica dell'11.7.2017, non si discostavano sostanzialmente da quelli ritenuti dal SMR, la mia valutazione della capacità lavorativa, per l'attività abituale, come casalingo e per un lavoro adatto allo stato di salute, non poteva che allinearsi, per motivi di coerenza, al giudizio a riguardo del SMR ()■(doc. XI/4). Senonché questa circostanza doveva essere già nota al momento della stesura del primo referto e fa ritenere che lo specialista è stato influenzato dall'intervento del medico SMR e non ha agito con la necessaria indipendenza.

Non va inoltre sottaciuto che, mentre il dr. med. _____, nella seconda versione, ha stabilito che il ricorrente è ■abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 60%, per necessità di maggiori pause e per il rallentamento dei movimenti■ (pag. 333 incarto AI, sottolineatura del redattore), il medico SMR ha invece ritenuto che l'assicurato può■lavorare al massimo 3-4 h al giorno, non come rendimento come espresso precedentemente, bensì come presenza, rispettosa delle limitazioni funzionali sovraesposte, in considerazione dei forti dolori che dopo qualche ora lo costringono al riposo assoluto■(pag. 231 incarto AI, sottolineatura del redattore). Significativa a questo proposito è la circostanza che nella lettera trasmessa il 31

luglio 2017 al dr. med. _____, con la richiesta di apportare le citate correzioni, figura il rapporto finale SMR del 17 giugno 2016 dove l'incapacità lavorativa del 60% è stata ricondotta alla riduzione del rendimento (cfr. pag. 318 incarto AI), mentre nel successivo rapporto finale SMR del 7 ottobre 2016 l'incapacità lavorativa, come appena visto, è stata ricondotta alla presenza (cfr. pag. 230 e pag. 231 dove è stata erroneamente indicata la data del 17 giugno 2016 che in realtà corrisponde a quella del precedente rapporto SMR e pag. 220, rapporto finale SMR del 17 giugno 2016, dove, in quel caso, la riduzione del 60% era effettivamente stata indicata come riduzione del rendimento).

Occorre pertanto concludere che l'UAI non ha accertato con la dovuta diligenza lo stato di salute del ricorrente.

Alla perizia del 17 luglio 2017 e a quella corretta e modificata in maniera sostanziale il 13 agosto 2017, non può pertanto essere attribuita alcuna forza probatoria.

Essa comporta inoltre una lacuna sostanziale. Infatti, oggetto della decisione impugnata è la soppressione della rendita d'invalidità. Ritenuto che spetta all'UAI dimostrare con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che lo stato di salute del ricorrente è migliorato rispetto alla valutazione precedente (cfr. sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2), non è dato a sapere per quale motivo la perizia non ha esaminato approfonditamente anche tale aspetto, sul quale si è espresso in modo chiaro il solo medico SMR (cfr. pag. 344 incarto AI).

Del resto anche le conclusioni del medico SMR, dr. med. _____, non sono lineari e sono in parte contraddittorie. Egli, dopo aver visto la perizia del dr. med. _____, ha confermato il rapporto finale del 7 ottobre 2016 (cfr. pag. 335 incarto AI), allorché, come appena rilevato, vi è una divergenza sostanziale con il perito circa la valutazione della capacità lavorativa in attività leggera e meglio se è dovuta ad una riduzione di rendimento oppure se l'interessato può essere presente, sull'arco di una giornata, solo poche ore.

Inoltre, come rileva l'insorgente, il 7 ottobre 2016 il dr. med. _____ aveva stabilito in 3-4 ore al giorno la capacità lavorativa dell'assicurato in attività adatte (pag. 230 incarto AI), mentre il 21 dicembre 2017, con le osservazioni prodotte nelle more processuali, ha modificato la propria valutazione precisando che l'interessato può lavorare 3 ore al giorno (doc. XI/2), ma ha confermato la capacità lavorativa del 40%.

Alla luce di quanto sopra esposto sia le valutazioni peritali che quelle del medico SMR, dr. med. _____, non possono assurgere a prova dell'asserito miglioramento dello stato di salute dell'insorgente, né del grado di capacità lavorativa in attività adatte e vi è la necessità di allestire una nuova perizia reumatologica, ad opera di un altro perito, che valuti, sulla base delle condizioni poste dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), lo stato di salute del ricorrente, che accerti se vi è stato un miglioramento dello stato valetudinario (e in caso di risposta affermativa, in cosa consiste e da quando) e che stabilisca qual è la capacità lavorativa del ricorrente in attività adatte.

Il TF con sentenza 9C_887/2017 del 7 giugno 2018 ha rammentato al consid. 4.2 che determinante per stabilire il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido) non è il guadagno nell'ultima attività esercitata ma il reddito che otterrebbe, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, se non fosse divenuta invalida. Di regola, ci si fonderà sull'ultimo reddito conseguito prima del

danno alla salute. In effetti il reddito conseguito prima dell'insorgere del danno alla salute è in linea di principio il punto di riferimento, secondo l'esperienza empirica, per cui l'attività svolta fino a quel momento sarebbe proseguita. Eccezioni a questo principio devono essere previste secondo la verosimiglianza preponderante.

Sono titolare del _____ a _____ e conosco RI 1 nell'ambito della professione che esercitiamo rispettivamente esercitavamo entrambi.

Confermo che RI 1 si è rivolto a me verso la fine del 2012, mi ha parlato della sua attività e dei problemi che riscontrava con la cifra d'affari. Mi ha espresso la volontà di chiudere il suo negozio e mi ha dimostrato il suo interesse per chiedere se avevo disponibilità per un'assunzione apportando la sua clientela.

Da parte mia c'era tutto l'interesse a procedere con l'assunzione, che non si è purtroppo concretizzata a seguito dell'incidente subito da RI 1 qualche mese più tardi. (doc. IX/1)

Alla base della citata giurisprudenza vi è la riflessione secondo cui un invalido non potrà realisticamente percepire il salario medio previsto dalle tabelle se già nell'attività svolta senza il danno alla salute conseguiva un reddito nettamente inferiore alla media per determinati motivi estranei all'invalidità (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 pag. 62; sentenza 9C_488/2008 del 5 settembre 2008 consid. 6.4, riassunta in RSAS 2008 pag. 570; sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 428/04 del 7 giugno 2006 consid. 7.2.2 e I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2).

Come rammenta il TF nella sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 la giurisprudenza sul parallelismo dei redditi è stata ulteriormente precisata nella pronuncia pubblicata in DTF 135 V 58. In tale occasione il Tribunale federale ha evidenziato che, laddove un reddito da invalido appartenente alla fascia media appare realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media per motivi economici non va adeguato al valore medio di tale reddito, in quanto il potenziale economico non sfruttato non è assicurato (DTF 135 V 58 consid. 3.4.1 - 3.4.3 pag. 60 segg.). Tale procedere non discrimina inoltre le persone a basso reddito, poiché per la determinazione del grado di invalidità è rilevante unicamente la perdita di guadagno causata da un danno alla salute (sentenza citata consid. 3.4.1-3.4.6 pag. 60 segg.).

Il parallelismo dei redditi può realizzarsi in particolare a livello del reddito da valido, tramite adeguato aumento oppure facendo capo ai valori statistici, o ancora a livello del reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 135 V 58 consid. 3.1 pag. 59; 134 V 322 consid. 4.1 pag. 326).

In una seconda fase, occorre poi esaminare la questione di un'eventuale deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. I fattori estranei all'invalidità di cui si è già tenuto conto tramite il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322 consid. 5.2 e 6.2 pag. 328 e 329 seg.).

Nella sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 il TF ha inoltre evidenziato che accertare quale parte del reddito dipende dalle condizioni del mercato del lavoro e quale dall'impegno dell'assicurato, rispettivamente dall'uso che egli fa del proprio potenziale economico o da altri fattori (cfr. la pronuncia del Tribunale federale delle assicurazioni I 696/01 del 4 aprile 2002 consid. 4b), risulta impresa alquanto ardua (malgrado ne sia stata negata l'applicazione diretta, potrebbe essere eventualmente d'aiuto, a titolo di indizio, la tabella TA13 relativa

alle grandi regioni: cfr. sentenza 9C_310/2009 consid. 4.1.1, in cui si fa espresso riferimento, alla luce della citata tabella, alla diversa realtà del mercato del lavoro nel Cantone Ticino).

Nella citata sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002 al consid.3b)aa) e seguenti il TF ha dovuto giudicare il caso di un garagista indipendente che contestava l'ammontare del reddito da valido preso in considerazione dal Tribunale cantonale e dall'amministrazione. Sulla base del reddito registrato nel conto individuale, entrambe le autorità avevano ritenuto che l'interessato avrebbe potuto conseguire un reddito massimo di fr. 20'000 (Verwaltung und Vorinstanz gehen gestützt auf die Einträge im IK des Beschwerdeführers davon aus, dass dieser im Gesundheitsfall höchstens ein Einkommen in der Höhe von Fr. 20'000.- erzielen würde. In der Tat ist den betreffenden Einträgen zu entnehmen, dass der damals selbstständigerwerbende Garagist Einkünfte von jährlich höchstens Fr. 16'300.- (1986/87) und Fr. 16'500.- (1994/95) sowie Fr. 15'300.- (1996/97) erzielt habe. So besehen ist es nicht zu beanstanden, wenn Verwaltung und Vorinstanz das Valideneinkommen auf Fr. 20'000.- festgelegt haben, wobei die Gründe, warum der Beschwerdeführer nicht ein höheres Einkommen verabgab hat, keiner näheren Erörterung bedürfen).

Per l'Alta Corte tuttavia la circostanza che il ricorrente durante numerosi anni ha esercitato un'attività indipendente conseguendo redditi inusualmente bassi, che neppure permettevano un'esistenza dignitosa, non è di per sé decisiva per la fissazione del reddito da valido (bb) Verwaltung und Vorinstanz übersehen nun aber den folgenden entscheidenden Punkt: Dass der Versicherte in der Vergangenheit einen Einmannbetrieb führte und sich in diesem Rahmen während Jahren mit unüblich tiefen, kaum existenzsichernden Erwerbseinkommen begnügte, ist für die Festlegung des Valideneinkommens als solchen nicht entscheidend).

Ciò, perché il reddito da valido è un reddito ipotetico e un reddito da valido di soli fr. 20'000 poteva essere imputato all'allora ricorrente solo se sulla base di elementi concreti si poteva concludere che quale persona sana e completamente abile al lavoro si sarebbe accontentata di un guadagno marginale (Denn das Valideneinkommen ist nicht eine vergangene, sondern eine hypothetische Grösse. Ein Valideneinkommen von bloss Fr. 20'000.- kann dem Beschwerdeführer daher nur dann angerechnet werden, wenn auf Grund der konkreten Verhältnisse seines Einzelfalles anzunehmen ist, dass er sich auch als gesunder, voll leistungsfähiger Berufsmann mit einer solchen Randexistenz begnügen würde). Nel caso che il TF era stato chiamato a giudicare sulla base degli atti non era tuttavia possibile concludere in tal senso (Gerade dies kann nach Lage der Akten im Falle des Beschwerdeführers nicht gesagt werden) ed ha preso in considerazione quale reddito da valido quello di un meccanico qualificato figurante nelle usuali tabelle RSS poiché occorreva ritenere che l'interessato, se non fosse divenuto invalido, avrebbe abbandonato la sua attività indipendente (cfr. anche la sentenza 9C_710/2016 del 18 aprile 2017, consid. 4.2, con riferimenti, dove il TF ha rammentato che i salari medi pagati in un settore hanno, di regola, la precedenza sulle retribuzioni fissate nei contratti collettivi di lavoro).

In concreto, alla luce della citata giurisprudenza, delle affermazioni del ricorrente, della dichiarazione di _____ e, se necessario, di ulteriori accertamenti, l'UAI dovrà nuovamente valutare il reddito da valido.

2.11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso va accolto, la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'amministrazione per l'allestimento di una perizia

reumatologica, un nuovo esame del reddito da valido e del calcolo del grado d'invalidità.

In queste circostanze, visto l'esito del ricorso, non occorre dar seguito alla richiesta di assunzione di prove formulata dal ricorrente (segnatamente: allestimento di una perizia giudiziaria, sentire _____ quale teste).

2.12. Secondo gli art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008).

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'UAI.

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