

# TI\_GERICHTE 32.2018.30 vom 25. Januar 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-01-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.30](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.30)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.30 du 25 janvier 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.30 del 25 gennaio 2018

## Regeste

Attribuzione rendita temporanea per motivi psichici. La perizia psichiatrica è completa e dettagliata e va confermata: abile al 45% nella sua attività, al 50% in altre adeguate. Con il cambio di giurisprudenza sui disturbi psichici l'Ufficio AI ha ricalcolato il D alla rendita, che il TCA conferma: 42%

## Erwägungen

### E. 21

ottobre 2017 (doc. 105) il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha riesaminato la perizia SAM e ha di conseguenza modificato il rapporto finale SMR, nel senso che ha stabilito nel 35% l'inabilità lavorativa dell'assicurato in qualsiasi attività dal 24 aprile 2017. Il consulente in integrazione ha ricalcolato il 27 ottobre 2017 (doc. 108) il grado di invalidità, fissandolo all'82% per il secondo periodo e al 22% dal 24 aprile 2017. Il progetto di decisione del 30 ottobre 2017 (doc. 109), che annullava quello del 2015, ha così stabilito un diritto alla rendita intera dal 1° gennaio 2014 al 31 luglio 2017, dapprima con grado AI del 100% poi dell'82%. Nelle osservazioni al progetto di attribuzione di rendita intera temporanea, l'avv. RA 1 ha contestato che vi sia stato un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato dall'aprile 2017, perciò doveva avere diritto a una rendita intera (doc. 114). Il 21 dicembre 2017 (doc. 117) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha ritenuto non esservi elementi tali da modificare il suo precedente rapporto finale SMR, perciò la decisione del 25 gennaio 2018 ha confermato il progetto del 30 ottobre 2017. Le contestazioni mosse dall'assicurato con il suo ricorso del 26 febbraio 2018, sostanzialmente identiche a quelle espresse nelle sue osservazioni al progetto di decisione, sono state riesaminate dallo stesso dr. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale, il quale il 27 aprile 2018 (doc. VI/1), alla luce dell'evoluzione della giurisprudenza federale sulle sindromi depressive, ha modificato la sua precedente valutazione del 21 ottobre 2017. Sulla base delle nuove indicazioni giurisprudenziali, non appariva più giustificabile un miglioramento della capacità lavorativa stimato in considerazione di un'ipotetica adesione dell'assicurato a un trattamento adeguato alle sue condizioni di salute. Pertanto, il medico SMR si è allineato agli esiti peritali per la determinazione della capacità lavorativa residua in attività abituale e adeguata allo stato di salute, stabilendo che dal 24 aprile 2017 l'assicurato era inabile al lavoro in ragione del 55% come custode e al 50% in altre attività adeguate; in entrambi i casi, l'assicurato poteva lavorare per 6 ore al giorno con ulteriore riduzione del rendimento come deciso dal SAM (nel precedente rapporto del 21 ottobre 2017 era stata indicata un'inabilità al lavoro del 35% in qualsiasi attività, mentre in quello redatto il 7 agosto 2017 era del 55% rispettivamente del 50%). Lo stato di salute era migliorato stante un miglioramento della problematica depressiva riscontrata dal perito. La prognosi sull'evoluzione della capacità lavorativa rimaneva incerta, ma il dr. \_\_\_\_\_ ha ribadito il parere del SAM secondo

cui erano applicabili delle terapie atte a migliorare e mantenere la capacità lavorativa residua. Sulla scorta di queste nuove considerazioni, pendente causa l'amministrazione ha proposto al TCA di accogliere parzialmente il ricorso, giacché il nuovo calcolo effettuato dal consulente in integrazione fissava nel 42% il grado di invalidità da aprile 2017. 2.5. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un

rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del

#### **E. 24**

agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise

ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo , “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo , “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.6. Va ancora ricordato che 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 consid. 3b; Locher/Gächter , Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) 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). (...)" . 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). Nella STF 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).". Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per potere concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo , "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto ( Kopp/Willi/Klipstein , Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das

Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)”. Con la STF 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)). 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. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi ( DTF 143 V 409 ), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C\_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “resistenza alle terapie”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un’incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell’apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata ( cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: [www.bger.ch](http://www.bger.ch)) . 2.7.

Nell’evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute del ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno sostanzialmente dal 24 aprile 2017 in poi, giacché per il periodo precedente, ossia dallo scadere dell’anno di attesa nel gennaio 2014 e fino a quel momento, l’assicurato non ha contestato le conclusioni tratte dall’Ufficio AI di concessione di una rendita intera (grado AI 100% stante un’incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività e grado AI 82% dall’8 maggio 2015 con un’inabilità lavorativa dell’85% in qualsiasi attività) e ciò fino al 31 luglio 2017, ovvero fino a tre mesi dopo l’intervenuto miglioramento dello stato clinico stabilito medicalmente al 24 aprile 2017 con la visita peritale psichiatrica. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall’Ufficio AI prima dell’emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l’operato dell’amministrazione. Va qui al riguardo tuttavia osservato che a causa dell’evoluzione giurisprudenziale degli ultimi anni in tema di disturbi psichici, i medici dell’SMR intervenuti per valutare le condizioni di salute del ricorrente hanno modificato più volte il loro giudizio sulla capacità lavorativa come custode e in attività adeguate. Da ultimo, infatti, con la modifica giurisprudenziale intervenuta il 30 novembre 2017 (citate DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la

nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi ( DTF 143 V 409 ) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). In virtù di questi nuovi principi emersi successivamente al rapporto finale dell’SMR del 21 ottobre 2017, correttamente l’Ufficio AI ha risottoposto al Servizio Medico Regionale l’esame dello stato di salute del ricorrente e, pendente causa, il 27 aprile 2018 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha modificato il suo ultimo rapporto finale e ha ripreso le conclusioni tratte dai colleghi \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ il 7 agosto 2017. Infatti, questi ultimi si erano allineati alle conclusioni tratte il 19 luglio 2017 dai periti del Servizio Accertamento Medico, mentre il dr. \_\_\_\_\_ le ha modificate il 21 ottobre 2017 sulla scorta della giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi , secondo cui le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “resistenza alle terapie”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Dal 30 novembre 2017 questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere l’assicurato riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un’incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell’apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata. Nella perizia pluridisciplinare resa il 19 luglio 2017, che ha approfonditamente indagato tre campi, reumatologico, neurologico e psichiatrico, quest’ultimo aspetto è stato oggetto di critiche da parte dell’assicurato, il quale ha ritenuto di essere tuttora inabile al lavoro in maniera totale. Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha avuto due colloqui con l’assicurato a distanza di tre settimane l’uno dall’altro, della durata di 115 minuti il primo (24 aprile 2017) e di 100 minuti il secondo (15 maggio 2017). Il ricorrente è inoltre stato oggetto, il 18 aprile 2017, di una valutazione da parte di uno psicologo che l’ha sottoposto a dei test, i cui risultati sono stati considerati dal perito nell’ambito del suo mandato. Quest’ultimo ha esposto i disturbi soggettivi lamentati dal ricorrente e ha analizzato il suo stato psichico basandosi sul sistema ADMP 8. Nella sua lunga valutazione lo psichiatra ha ripercorso il vissuto dell’interessato e si è confrontato con i pareri dei colleghi che si sono espressi prima di lui nel 2013 (dr. \_\_\_\_\_), nel 2014 (dr. \_\_\_\_\_), nel 2015 (dr.ssa \_\_\_\_\_) e nel 2016 (dr. \_\_\_\_\_). D’avviso della scrivente Corte, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha effettuato un’accurata analisi delle condizioni psichiche del ricorrente sin dall’inizio della malattia, si è addentrato nelle valutazioni degli specialisti confrontandole con lo status clinico che egli ha rilevato nel 2017, riscontrando e ben spiegando le eventuali differenze e descrivendone l’evoluzione. Per esempio, il perito ha motivato nel dettaglio la circostanza che la depressione, rispetto al momento della perizia effettuata nel 2015 dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, che era stata diagnosticata di media gravità, nel 2017 era migliorata ed era stata “sostituita” dal disturbo di personalità. Non solo l’analisi del quadro clinico dell’assicurato, ma anche le risposte date dall’esperto sono molto chiare, complete e motivate nel dettaglio e completano ulteriormente, laddove ce ne fosse la necessità, la valutazione già data dei disturbi psichici del ricorrente. Dal suo referto emerge inoltre che il perito non ha avuto l’impressione che l’interessato tendesse ad esagerare i sintomi consciamente o intenzionalmente, ma ha rilevato che i dati anamnestici erano coerenti con quanto descritto in passato, seppure con qualche variazione. Non v’era dunque alcuna

incongruenza nell'anamnesi stessa, tra l'anamnesi e il comportamento tenuto durante l'esame peritale o con la documentazione. Lo psichiatra ha altresì ben analizzato e delineato la tematica della psicoterapia, concludendo che poiché l'assicurato aveva una capacità di introspezione molto limitata e soffriva di un disturbo di personalità, una presa a carico psicoterapica era praticamente impossibile, poiché egli non ne avrebbe potuto approfittare o solo in misura molto limitata. Peraltro, egli ha osservato che del medesimo avviso era lo stesso psichiatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_, con cui ha avuto un colloquio telefonico di 20 minuti. Per quanto concerne i numerosi tentativi di terapia farmacologica effettuati negli anni, in particolare di terapie antidepressive, il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato che hanno avuto una compliance dubbia, giacché si era in presenza di un vissuto depressivo dovuto alla personalità dell'assicurato, che a volte poteva sfociare in una vera depressione, ma non costante, perciò nessun farmaco antidepressivo poteva funzionare. Rimanevano quindi dei dubbi sulla resistenza farmacologica, perciò era difficile parlare in modo definitivo di una prognosi infausta "vista la resistenza alla terapia farmacologica". Questi dubbi dovevano essere risolti e ciò era eventualmente possibile con un serio e controllato tentativo di terapia farmacologica in un ambiente stazionario protetto in cui si potesse assicurare un'assunzione fedele della terapia. In queste circostanze, non potendo approfittare di colloqui psicoterapici e nemmeno di terapia farmacologica, avendo comunque l'assicurato delle risorse, secondo il perito era più utile un approccio pratico, ossia un nuovo tentativo di allenamento professionale, in modo parziale. Trattandosi di un giovane uomo che soffriva di inattività, un impiego per non più del 50% del tempo sarebbe stato terapeutico. Il potenziale di integrazione professionale che lo psichiatra ha ritenuto essere presente poteva essere valorizzato con misure di riallenamento progressivo al lavoro. Un inserimento professionale a tempo parziale dava infatti la speranza di un miglioramento. Erano dunque possibili provvedimenti di integrazione professionale e/o riforma professionale al 50%.

D'altronde, "L'A. ha sempre sostenuto di voler lavorare e non si tirerebbe indietro se stesse bene, ma è proprio questo il punto, l'A. è convinto di star male, i dolori li sente e che i dolori sono di origine fisica, però il disturbo di personalità non gli permette di vedere e accettare altre letture o interpretazioni della realtà." (cfr. domande supplementari n. 1).

Occorre ancora evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può 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 riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2018.20 del 28 gennaio 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; STCA 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente si è in sostanza limitato a contestare la perizia pluridisciplinare resa dal Servizio Accertamento Medico sulla questione psichica, che ha

accertato un miglioramento a suo dire non dato. L'assicurato non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche di un peggioramento del suo stato di salute rispetto alla valutazione del perito, tale da giustificare anche dopo il 24 aprile 2017 la stessa inabilità lavorativa stabilita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel 2015. Il ricorrente si è quindi limitato ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che dall'aprile 2017 sia avvenuto un miglioramento della situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo. Soprattutto, certificati in ambito psichiatrico che attestino validamente di una situazione peggiore rispetto a quella stabilita sia dal dottor \_\_\_\_\_ non sono stati prodotti dal ricorrente. Infatti, né con il ricorso né pendente causa l'interessato ha prodotto dei nuovi referti medici a sostegno delle sue tesi. Va qui al riguardo evidenziato che malgrado l'affermazione ricorsuale secondo cui " Il ricorrente notificherà senz'altro le prove adeguate all'accertamento e alla dimostrazione di quanto da lui qui sostenuto. " (doc. I pag. 4), al TCA non è però pervenuto alcun documento di carattere medico. In effetti, l'assicurato non ha neppure dato seguito allo scritto che ha prodotto nel termine per presentare nuove prove, in cui ha indicato che " Il ricorrente produrrà in causa, non appena disponibili, rapporti aggiornati dei propri curanti psichiatra Dr. med. \_\_\_\_\_ e Dr. med. \_\_\_\_\_." (doc. X). Ad oggi, al Tribunale non è giunto alcunché da questi specialisti - che peraltro, come ha rilevato l'Ufficio AI, nemmeno sono i curanti del ricorrente - né da altri. In virtù delle considerazioni esposte, in assenza di nuovi atti medici che mettano in dubbio le conclusioni che ha tratto il perito dal punto di vista psichico, la scrivente Corte deve ritenere come completo, chiaro e affidabile il rapporto allestito dal dr. med. \_\_\_\_\_. In particolare, le sue conclusioni sono state rese dopo un attento esame personale delle condizioni oggettive e quindi su delle valutazioni e constatazioni concrete della capacità lavorativa dell'assicurato non solo nell'attività abituale di custode, ma anche dell'abilità residua in altre attività adeguate. Il rapporto del 23 giugno 2017 ha motivato in modo completo ed esaustivo le ragioni per avere concluso a un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato successivamente alla valutazione del maggio 2015 della collega \_\_\_\_\_ e a un ritorno, dall'aprile 2017, ad un leggero miglioramento della situazione esistente. Addirittura, l'esperto ha ritenuto che nel ricorrente era presente un potenziale di integrazione professionale che poteva essere valorizzato con misure di riallenamento progressivo al lavoro e che dava una certa speranza di un miglioramento. Ha dunque considerato che un'attività lavorativa parziale poteva essere esercitata in ragione del 50% dalla sua prima visita peritale. Pertanto, in assenza di ulteriore documentazione medica specialistica che contraddica le predette chiare conclusioni dell'esperto, non v'è un valido motivo per apportare una modifica alle sue valutazioni delle condizioni di salute del ricorrente con attinenza alla decisione del 25 gennaio 2018 qui impugnata. La scrivente Corte conclude dunque che lo stato di salute del ricorrente è stato compiutamente valutato dagli specialisti del Servizio Accertamento Medico sulla base del rapporto peritale allestito il 19 luglio 2017, i quali hanno accertato che, al momento della loro valutazione, la capacità lavorativa globale dell'assicurato era del 45% nella precedente attività di custode, mentre in altre attività adeguate del 50%. Sono state infatti parzialmente sommate le due incapacità lavorative riscontrate in ambito reumatologico (10%) e psichiatrico (50%). Alla luce di ciò, vanno confermate le inabilità lavorative stabilite dal dr. med. \_\_\_\_\_ nel suo ultimo parere del 27 aprile 2018 (inabilità del 100% dal 30 gennaio 2013 e dell' 85% dall'8 maggio 2015 in qualsiasi attività, mentre dal 24 aprile 2017 del 55% come custode e del 50% in altre attività adeguate, da intendere 6 ore al giorno con

ulteriore riduzione di rendimento), seppure esse contraddicano la sua precedente presa di posizione che è stata alla base della decisione impugnata. In effetti, esse si conformano alla più recente giurisprudenza del Tribunale federale in ambito di disturbi psichici e quindi vanno ad annullare, come correttamente proposto dall'amministrazione con la risposta di causa, le sue stesse conclusioni del 21 ottobre 2017, siccome antecedenti e quindi superate dai principi stabiliti con le DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418. In tali circostanze le contestazioni dell'assicurato, non sufficientemente circostanziate, devono essere respinte, siccome prive (anche) di sostrato medicalmente oggettivabile. L'aspetto medico stabilito dai periti del Servizio Accertamento Medico il 19 luglio 2017 va pertanto confermato. 2.8. Per quanto concerne l'aspetto economico, accertata quindi, pendente causa, una capacità lavorativa residua dal 24 aprile 2017 del 50% in attività lucrativa adeguata - e quindi inferiore rispetto a quella del 65% ritenuta con la decisione impugnata essendosi l'Ufficio AI, a quel momento, basato sulle conclusioni del 21 ottobre 2017 dell'SMR che, forzatamente, non tenevano in considerazione gli ultimi sviluppi giurisprudenziali stabiliti il 30 novembre 2017 - l'amministrazione, per la determinazione del grado di invalidità, ha utilizzato il consueto metodo ordinario. Essa ha così messo a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2016 senza il danno alla salute nella professione precedente (Fr. 52'910.-) sulla base della dichiarazione dell'ex datore di lavoro (doc. 106) (reddito da valido), con quello risultante da un'attività leggera non qualificata desunto dai salari statistici conseguibile nel 2016 per 41,7 ore alla settimana (Fr. 67'148,21) (reddito da invalido), ha ridotto quest'ultimo dato dapprima del 50% per tenere conto della capacità lavorativa residua e poi del 10% per motivi personali, aumentando quest'ultima riduzione del 5% rispetto alla decisione impugnata. Paragonando quindi il reddito da valido di Fr. 52'910.- con il reddito ipotetico da invalido di Fr. 30'458,43, l'Ufficio AI è giunto a un grado AI del 42%, corrispondente al diritto a un quarto di rendita. Non contestando né il reddito da valido né il reddito statistico da invalido di partenza stabiliti dall'amministrazione, il ricorrente ha però preteso l'applicazione di una riduzione per motivi personali del reddito da invalido che sia superiore al 10% ritenuto dall'Ufficio AI nel nuovo calcolo del 27 aprile 2018. A suo dire, andrebbero considerati l'esercizio di un'attività a tempo parziale, l'età dell'assicurato e il suo grado di formazione. Da parte sua, l'amministrazione ha osservato che l'età del ricorrente, 47enne, non poteva influire sul reddito da invalido così come il suo grado di formazione. Per contro, la circostanza che è stato ritenuto abile parzialmente (50%) era già stata considerata nella risposta di causa proprio con l'aumento dal 5 al 10% del fattore di riduzione. 2.9. 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. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a

titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C\_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). 2.10. Per quanto concerne l'età avanzata come fattore di riduzione, occorre rilevare che la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l'età, benché sia un elemento estraneo all'invalidità, possa condurre – cumulata a circostanze personali e professionali – a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1), la ricerca di un nuovo impiego (STF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.2; STF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2). Infatti, in un caso ticinese il Tribunale federale ha confermato la conclusione dei giudici cantonali secondo cui la realizzazione della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato è stata considerata, inoltre, ammissibile, malgrado l'assicurato avesse compiuto sessant'anni (STF 9C\_916/2009 del 30 agosto 2010 consid. 7.1; STF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.1 e 4.2.2). Al riguardo va rilevato che sebbene l'età avanzata venga considerata un fattore estraneo all'invalidità, la giurisprudenza riconosce che essa, insieme ad altri fattori di carattere personale o professionale, può ostare alla realizzazione della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato per mancanza di richiesta di tale forza lavoro (sentenza citata 9C\_918/2008 consid. 4.2.2, anche DTF 132 V 393 consid. 3.2). In che misura l'età influisca sulla possibilità di realizzare la capacità lavorativa residua non si valuta alla luce di un principio generale, bensì tenuto conto delle esigenze delle attività di riferimento (sentenza citata 9C\_918/2008 consid. 4.2.2 con riferimenti). In un altro caso ticinese giudicato il 30 ottobre 2017 (STF 8C\_428/2017), l'Alta Corte ha ritenuto non dati i presupposti per l'eccezione giurisprudenziale che considera l'età avanzata, di norma fattore estraneo all'invalidità, quale possibile ostacolo alla realizzazione della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro equilibrato, ritenuto che la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva che l'età possa condurre a rendere inesigibile la ricerca di un nuovo impiego (per una più ampia esposizione della giurisprudenza federale e cantonale al riguardo, cfr. STCA 32.2017.222 del 26 novembre 2018 consid. 2.14). Di principio, quindi, l'età avanzata è un fattore estraneo all'invalidità e, per di più, nell'evenienza concreta il ricorrente non aveva ancora 47 anni quando l'Ufficio AI ha emanato la decisione in oggetto. Pertanto, questa sua età non gli era di intralcio per mettere a frutto la sua capacità lavorativa residua su un mercato del lavoro equilibrato. Quanto al fattore della sua formazione, come tale esso non rientra fra gli elementi da potere considerare per ridurre il reddito statistico da invalido. Secondo la dottrina e la giurisprudenza, infatti, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che

entra in considerazione per lui ( Rumo-Jungo , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin , Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 205 segg., secondo cui: “Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen”; Doudin , La rente d’invalidité dans l’assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, in SZS 1990, pag. 255 segg.). In questo ordine d’idee, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un’attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche ( Omlin , op. cit., p. 206; RCC 1989, p. 331 consid. 4a). L’Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell’industria e nell’artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004, U 871/02, consid. 3; STFA del

#### **E. 25**

febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.5). Anche in questo ambito vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Infine, la circostanza che l’insorgente sia stato ritenuto abile soltanto in misura parziale in attività adeguate è debitamente considerata dall’Ufficio AI nel suo nuovo calcolo del diritto alla rendita, poiché la percentuale del 5% inizialmente applicata con la decisione qui impugnata è stata aumentata al 10% di pari passo con l’aumento del grado di incapacità lavorativa (dal 35% al 50%, cfr. rapporti finali SMR del 21 ottobre 2017 e del

#### **E. 27**

aprile 2018). D’avviso della scrivente Corte, questa percentuale costituisce una riduzione consona alla situazione del ricorrente. Alla luce di quanto precede, questo Tribunale ritiene dunque che, da una valutazione complessiva, il tasso di riduzione del 10% stabilito dall’Ufficio assicurazione invalidità sia adeguato. Non v’è quindi alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell’amministrazione nell’applicazione della riduzione concessa, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza. 2.11. Di conseguenza, è corretto che sul reddito statistico da invalido per l’anno 2016 di Fr. 67'148,21, preso nella misura del 50% stante un’identica capacità lavorativa residua del ricorrente (Fr. 33'842,70), su quest’ultimo importo sono poi ancora stati riconosciuti e quindi dedotti gli svantaggi salariali stabiliti dall’Ufficio AI nel 10%, per giungere a un reddito statistico da invalido rivalutato di Fr. 30'458,43 . Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 52'910.- corrispondente al reddito (ipotetico) da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2016 per l'attività di custode esercitata al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque una perdita di guadagno del 42,43% ([Fr. 52'910.- - Fr. 30'458,43] : Fr. 52'910.- x 100), che va arrotondata al 42% (DTF 130 V 121). Quand’anche, per pura ipotesi di lavoro, si volesse aumentare, come preteso dal ricorrente, la riduzione per svantaggi salariali al 15% o addirittura al 20%, il risultato finale non muterebbe, giungendo infatti il grado di invalidità al 46% ( Fr. 52'910.- - {Fr. 33'842,70 – [Fr. 33'842,70 x 15 : 100]} : Fr. 52'910.- x 100) rispettivamente al 49% ( Fr. 52'910.- - {Fr.

33'842,70 – [Fr. 33'842,70 x 20 : 100] } : Fr. 52'910.- x 100), e quindi sempre in una percentuale compresa fra il 40 e il 49% che dà diritto a un quarto di rendita di invalidità. Ne discende che, applicando l'ipotesi più favorevole al ricorrente emersa pendente causa a seguito della diversa valutazione medica delle sue condizioni di salute conseguenti alla modifica giurisprudenziale in ambito di disturbi psichici, è a giusta ragione che il grado del 42% ricalcolato pendente causa dall'Ufficio AI gli permette di continuare a ricevere una rendita di invalidità di un quarto (art. 28 LAI) trascorsi tre mesi dall'intervenuto miglioramento del suo stato di salute (art. 88a cpv. 1 OAI). 2.12. In queste circostanze, questo Tribunale deve annullare la decisione dell'Ufficio AI di attribuire al ricorrente una rendita intera temporanea di invalidità unicamente per il periodo dal 1° gennaio 2014 fino a tre mesi dopo il miglioramento oggettivo dal SAM dal 24 aprile 2017, e quindi fino al 31 luglio 2017. Infatti, tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 50% in altre attività adeguate dal 24 aprile 2017, la perdita di guadagno del 42% stabilita da questa Corte fa sì che, in virtù dell'art. 88a cpv. 2 OAI, dal 1° agosto 2017 il ricorrente continui ad avere diritto a una rendita di invalidità e ciò nella misura di un quarto. 2.13. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'amministrazione, la quale verserà all'insorgente, vincente in causa, delle indennità per ripetibili di Fr. 1'800.-.

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