

TI_GERICHTE 32.2018.33 vom 26. Januar 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-01-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.33

FR: TI_GERICHTE 32.2018.33 du 26 janvier 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.33 del 26 gennaio 2018

Regeste

Dopo precedente rinvio atti da TCA per accertamenti ulteriori, UAI concede rendita limitata nel tempo. Assicurato contesta. Decisione confermata

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Se con la giurisprudenza 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 e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 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). 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; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). 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 p. 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. 1 lett. a OAI prevede che nel caso sia l'assicurato a chiedere la revisione, l'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre che se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista. 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. Sia peraltro osservato che per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143). Per quanto riguarda in particolare il caso del risorgere dell'invalidità, secondo l'art. 29bis OAI " Se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di 3 anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo di attesa impostogli dall'articolo 29 capoverso 1 LAI". 2.5. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel

modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) In particolare, secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Nella DTF 130 V 352 (confermata in DTF 136 V 281 consid. 3.2.1 e 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 p. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, p. 76 segg. e 80 segg.). L'Alta Corte, nella DTF 131 V 49, 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 (v. 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 stata estesa anche al caso della fibromialgia (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) e, nella DTF 137 V 64, oltre ad estenderla anche all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivabile non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico, l'Alta si è così espressa: " (...) 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 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unzufällige HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" (DTF 137 V 64, consid. 4.2, pag. 68) Va qui evidenziato che il TF, nella STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281, 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) stabilendo in sostanza che 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. L'Alta Corte ha in particolare stabilito che la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Infine, in una sentenza del 30 novembre 2017 pubblicata in DTF 143 V 409, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante. Infine, val la pena ancora precisare che per la giurisprudenza affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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 succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.6. Nell'ambito della prima domanda di prestazioni del marzo 2008 l'amministrazione si era essenzialmente basata su un rapporto del dr. _____, reumatologo, del 17 giugno 2008 e un rapporto d'esame clinico allestito il 4 dicembre 2008 dal dr. _____ del SMR, per il quale, per le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombovertebrale con componente spondilogenica ricorrente sinistra, turbe statiche modiche su alterazioni degenerative maggiori tra L4-L5 con protusione discale", l'assicurato era da considerare inabile in misura completa nell'attività esercitata di smerigliatore dal gennaio 2008, ma dal giugno 2008 abile completamente in un'attività leggera adeguata alle limitazioni e ai limiti funzionali elencati (doc. AI 27). Di conseguenza, operato il confronto dei redditi, con decisione 11 marzo 2009, cresciuta incontestata in giudicato, l'amministrazione ha negato la concessione di una rendita stante un grado di invalidità del 4% (doc. AI 33). In seguito, con provvedimento del 13 settembre 2012 non è entrata nel merito di una successiva richiesta del 2 luglio 2012 non essendo stato dimostrato alcun peggioramento della situazione (doc. AI 48). Nell'ambito dell'evasione della nuova richiesta del luglio 2013 l'Ufficio AI ha fatto esperire una perizia psichiatrica a cura del CPAS. Nel rapporto del 14 febbraio 2014 la dr.ssa _____, psichiatra, posta la diagnosi di "Sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD 10 F 43.21)", ha concluso che sul piano psichiatrico sia nell'ultima attività lucrativa che "in professioni che prevedano lo svolgimento di mansioni semplici, ripetitive, che non richiedano capacità di reagire agli imprevisti, che siano svolte in un ambiente accogliente e validante l'assicurato conserva una capacità lavorativa pari all'80% con diminuzione del rendimento e orario pieno." Secondo la specialista "rispetto al passato considerando quanto definito nel rapporto medico dal Dr. _____ e il quadro clinico riferito dall'assicurato (che indica un lieve miglioramento con la presa a carico specialistica) si giudica la capacità lavorativa pari al 50% dall'inizio della presa a carico fino all'attuale perizia". Ha quindi concluso ritenendo indicati interventi di reintegrazione professionale, sotto forma di aiuto al collocamento e sostegno in una fase iniziale (doc. AI 67).

L'amministrazione ha pure fatto eseguire una perizia reumatologica a cura del dr. _____, reumatologo, il quale nel referto 13 maggio 2014, posta la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombospondilogenica cronica recidivante alla presenza di anomalia di transizione lombosacrale con emisacralizzazione dx di L5, canale lombare ristretto in particolare in L4/5 con osteocondrosi a questo livello, con possibile contatto con la radice L4/5 di sx, senza compressione, con dolori all'arto inferiore sx. Dal 2008, con peggioramento da fine 2012/inizio 2013", ha concluso per una totale inabilità nella sua professione, ma un'abilità del 70% in un'attività leggera e adeguata da gennaio 2013 (doc. AI 71). Dette conclusioni sono state confermate dal SMR, il quale nel rapporto finale del 18 agosto 2014 ha ammesso un'inabilità lavorativa totale dal 29 gennaio 2008 in ogni attività, mentre che l'abilità in attività adeguate era del 50% dal 31 marzo 2011 e dal 15 febbraio 2014 del 30% (doc. AI 79). Con decisione del 23 giugno 2015

l'amministrazione ha quindi riconosciuto all'assicurato il diritto a mezza rendita d'invalidità (grado del 51%) con versamento della prestazione limitatamente al periodo dal 1. gennaio al 31 maggio 2014 (cfr. doc. AI 104). Questa decisione, contestata, è quindi stata annullata dal TCA con rinvio degli atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti (STCA del 5 ottobre 2015, inc. n. 32.2015.127). L'amministrazione ha quindi ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM, la quale, resa il 31 marzo 2017, facendo capo a tre consultazioni specialistiche, di natura psichiatrica (dr.ssa _____), neurologica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____) e esami svoltisi sull'arco di cinque giorni, ha posto le diagnosi seguenti: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo dell'adattamento con ansia ICD10 GM F43.22 / disturbo dell'adattamento con ansia persistente (cronico, il disturbo dura da più di sei mesi) DSM V 309.24. Sindrome cervicospondilogenica cronica recidivante con/su: . Alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale (minima retrolistesi di C3 su C4 con osteocondrosi, uncartrosi, osteocondrosi C4-C5 con spondilosi anteriore e posteriore, osteocondrosi C5-C6, marcata osteocondrosi C6-C7 con spondilosi fusionale anteriore e retrospondilosi), . disturbi statici del rachide (protrazione del capo). Sindrome lombospondilogenica cronica prevalentemente a sin. con/su: . discopatie plurisegmentali lombari, . pregressa artrosi L4-L5 mininvasiva con TLIF a sin., 2.10-2015, . anomalia di transizione lombosacrale, . disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale e della colonna lombare con scoliosi sinistroconvessa lombare), . sindrome pseudoradicolare alla gamba sin., . decondizionamento e sbilancio muscolare, . obesità (BMI ca. 29,5 kg/m²). Periartrite omeroscapolare anamnestica bilaterale. Gonartrosi mediale a ds.: . pregressa meniscectomia laterale ed asportazione di cisti meniscali, per rottura trasversale del menisco laterale, 8.7.2016, . obesità. Probabile gonartrosi a sin. Dolori mediali alle caviglie bilaterali con/su: . piedi piatti bilaterali con retropiedi in valgo su probabile insufficienza del tendine tibiale posteriore a sin., . obesità, Fascite plantare a sin. con/su: . piedi piatti bilaterali con retropiedi in valgo bilaterale, . obesità. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Cefalee tensive. Ipertensione arteriosa sotto trattamento farmacologico. Dislipidemia (ipercolesterolemia) sotto trattamento con statina. Obesità (BMI ca. 29,5 kg/m²). Asportazione di carcinoma basocellulare nodulare e pigmentato al naso a sin., 24.11.2016." Visti tutti gli atti medici raccolti, dopo attenta valutazione degli esami e dei consulti specialistici, i periti hanno concluso che nell'attività da ultimo esercitata quale operaio smerigliatore la capacità medico-teorica era da considerare nulla, dal gennaio 2013, come valutato dal dr. _____ nella perizia del maggio 2014. La riduzione della capacità lavorativa era dovuta in primis alle patologie reumatologiche a livello del rachide, spalle, ginocchia e piedi e in minor misura a causa della patologia psichiatrica (pessimismo, ansia psichica soggettiva, tensione psichica costante, agitazione interiore, insonnia). Circa le conseguenze sulla capacità di integrazione hanno affermato, i periti hanno concluso, sempre dal gennaio 2013, per una capacità del 70% (presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto) in un'attività " rispettosa dei limiti funzionali e di carico, descritti dal consulente in reumatologia e: citati al nostro punto 6 e nell'allegato consulto. Dal lato psichiatrico si consiglia attività con mansioni semplici, ripetitive, che non richiedono capacità di reagire agli imprevisti, da svolgere in un ambiente accogliente e validante, capace di tollerare il lieve peggioramento rispetto alla flessibilità, persistenza e contatto da parte dell'A. con gli altri" . I periti hanno osservato di aver " integrato fra di loro le limitazioni della capacità lavorativa dovute alle patologie somatiche e psichiatriche ." Hanno inoltre precisato che a causa degli interventi chirurgici del 2 ottobre 2015 e 8 luglio

2016, l'assicurato era stato inabile completamente in ogni attività per sei mesi dopo il primo intervento (ossia sino ad aprile 2016) e per un mese dopo il secondo, ovvero sino al 7 agosto 2016 (doc. AI 152/p. 462-473). Le conclusioni della perizia sono state fatte integralmente proprie dal medico SMR nel rapporto finale del 3 luglio 2017, che ha concluso per la persistenza, dal gennaio 2013, dell'inabilità lavorativa nell'attività abituale del 100%. In attività adeguate per contro, l'inabilità era da considerare del 50% dal 31 marzo 2011 al 14 febbraio 2014, quindi del 30% sino al 1. ottobre 2015, del 100% dal 2 ottobre 2015 sino al 30 aprile 2016, del 30% dal 1. maggio 2016 sino al 7 luglio 2016, nuovamente totale dal 8 luglio 2016 al 7 agosto 2016 e in seguito del 30% (doc. AI 158). Di conseguenza l'amministrazione ha reso un primo progetto di decisione il 5 luglio 2017, con il quale ha confermato le incapacità lavorative stabilite dal SMR e, quindi, proposto l'attribuzione di una mezza rendita (grado del 51%) limitatamente al periodo dal 1. marzo 2012 al 31 maggio 2014 e dal 1. ottobre al 31 dicembre 2015 (ricaduta) e di una rendita intera dal 1. gennaio al 30 novembre 2016. Dal 1 dicembre 2016 non era più dato alcun diritto a prestazioni. Contestualmente alle osservazioni al progetto di decisione, con il quale venivano in particolare contestati i periodi di inabilità lavorativa del 30%, l'assicurato ha prodotto nuova documentazione medica, segnatamente un rapporto relativo ad un consulto ortopedico a cura del dr. _____ del 9 ottobre 2017 (doc. AI 164), uno scritto del dr. _____ del 9 ottobre 2017 certificante una completa inabilità (a dipendenza dei dolori a livello lombare, al ginocchio destro e una nuova problematica pancreatica; doc. AI 170), un rapporto relativo ad una consultazione chirurgica a cura del dr. _____ del 19 ottobre 2017 (attestante una pancreatite acuta di natura da determinare, senza attestazione di inabilità lavorative; doc. AI 171), del dr. _____, terapia del dolore, del 4 novembre 2016 (doc. AI 171). L'amministrazione ha sottoposto detta documentazione al SAM, il quale, interpellati nuovamente gli specialisti, con complemento del

E. 29

novembre 2017 ha concluso che la stessa non apportava elementi idonei a modificare le conclusioni della perizia del 31 marzo 2017, confermando quindi un'abilità lavorativa in attività adatte del 70% (doc. AI 175; cfr. nel dettaglio al consid. 2.8.2). Il 26 gennaio 2018 è quindi stata resa la decisione contestata, che ha concluso: " (...) Abbiamo esaminato il diritto a nostre prestazioni per il signor RI 1. I requisiti per l'attribuzione di una rendita limitata nel tempo risultano essere assolti. Le disposizioni legali che competono si trovano in allegato. La nostra decisione si basa su questi presupposti. Decidiamo pertanto: Viene assegnato un grado AI del 51%, con il diritto a 1/2 rendita d'invalidità, a far capo dal 01.03.2012, ovvero allo scadere dell'anno d'attesa (art. 28, cpv. 1, lett. b e c, LAI). Questo diritto è limitato al 31.05.2014, ovvero al più presto dopo tre mesi dal miglioramento dello stato clinico (art. 88a, cpv. 1 OAI). La rendita viene ripristinata dal 01.10.2015, ovvero dall'inizio del mese della ricaduta. Il grado al momento della ricaduta è il medesimo presentato al momento della nascita del diritto, ovvero 51% (ripristino quindi della 1/2 rendita). Dopo tre mesi, ovvero dal 1.01.2016 (art. 88a, cpv. 2 OAI) passa invece al 100%, con diritto ad una rendita intera. Anche questo diritto è limitato e si estingue al 30.11.2016, dopo tre mesi dal miglioramento dello stato clinico (art. 88a, cpv. 1 OAI). Diritto a rendita e diritto al versamento della stessa poggiano su basi differenti: se il primo nasce dopo un anno dall'inizio della malattia (art. 28, cpv. 1, lett. b e c, LAI), il secondo nasce unicamente al più presto dopo sei mesi dal versamento dalla domanda di prestazioni (art. 29 cpv. 1 LAI). Nel caso specifico la prestazione potrà essere versata unicamente dal gennaio 2014. Esito degli accertamenti Con decisione del 11.03.2009 al signor RI 1 è stato rifiutato

il diritto a nostre prestazioni in quanto alla canonica scadenza dell'anno d'attesa presentava un grado AI del 4%, inferiore al minimo pensionabile del 40%. Con decisione del 13.09.2012 non abbiamo avallato l'entrata in materia, rifiutando quindi la nuova richiesta di prestazioni. A seguito della nuova domanda dell'assicurato, depositata il 30.07.2013, il nostro Servizio Medico Regionale (SMR) ha potuto constatare che la sua capacità di guadagno è stata compromessa dal danno alla salute ed ha confermato la necessità di una rivalutazione clinica. Sulla base della documentazione medica acquisita in fase d'istruttoria (tra cui in particolar modo la valutazione pluridisciplinare del Servizio di Accertamento Medico), esaminata dal nostro SMR, si ritiene giustificato riconoscergli i seguenti periodi d'inabilità lavorativa. Nell'abituale attività di smerigliatore, svolta prima del danno alla salute 100% dal 29.01.2008 e continua (come da citata decisione 11.03.2009) In un'attività maggiormente consona ed adeguata al suo stato di salute 0% dal giugno 2008 (come da citata decisione 11.03.2009) al 30.03.2011 50% dal 31.03.2011 al 14.02.2014 30% dal 15.02.2014 al 01.10.2015 100% dal 02.10.2015 al 30.04.2016 30% dal 01.05.2016 al 07.07.2016 100% dal 08.07.2016 al 07.08.2016 30% dal 08.08.2016 e continua A seguito della valutazione medica, abbiamo provveduto al calcolo della sua perdita di guadagno alla canonica scadenza dell'anno (art. 28, cpv. 1 LAI - marzo 2012) e ad ogni variazione dello stato clinico perdurante più di tre mesi (art. 88a, cpv. 1 e cpv. 2 OAI). Citiamo a tal proposito l'art. 16 della LPGA (Legge federale sulla Parte Generale del diritto delle Assicurazioni sociali): " Per valutare il grado d'invalidità, il reddito che rassicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e eventuale esecuzione di provvedimento d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che li avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido." Dal profilo salariale, la giurisprudenza imposta dall'Alta Corte federale indica che sono esclusivamente applicabili, in difetto d'indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STFA 12 ottobre 2006 nella causa s., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Sempre in base alla giurisprudenza federale, tali redditi possono ancora essere diminuiti nella misura massima del 25%, e ciò al fine di considerare quei fattori che nel caso di specie sono suscettibili di influenzare il reddito che l'assicurato potrebbe percepire, quali ad esempio le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità; il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75). Reddito senza invalidità Dopo aver contattato l'ex datore di lavoro dell'assicurato, possiamo certificare che senza il danno alla salute, nella sua abituale professione avrebbe potuto conseguire CHF 56'810.00 per tutti gli anni, dal 2009 in poi. . Alla scadenza dell'anno Reddito con invalidità Malgrado il danno alla salute e con una capacità lavorativa del 50 % (intesa come riduzione del rendimento sull'arco dell'intera giornata) in attività adeguate, avrebbe invece potuto conseguire CHF 27'700.00 (tabella RSS elaborata dall'Ufficio federale di statistica, attività semplici e ripetitive, valore mediano, settore maschile, riduzione mista del 15% dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere e per altri fattori di riduzione tra cui l'iter socioprofessionale). Confronto dei redditi Il confronto dei redditi permette quindi di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI pari al 51 % ed il calcolo utilizzato è mostrato qui di seguito. Reddito senza invalidità CHF 56'810.00 Reddito con invalidità CHF 27'700.00 Perdita di guadagno CHF 29'110.00=grado di invalidità del 51% Questo grado ammette la nascita di un diritto a rendita. . Dal 15.02.2014 al 01.10.2015 Reddito con invalidità

Malgrado il danno alla salute e con una capacità lavorativa del 70% (intesa sempre come riduzione del rendimento sull'arco dell'intera giornata) in attività adeguate, l'assicurato avrebbe invece potuto conseguire CHF 39'540.00 (medesima tabella sopra citata, medesima riduzione mista del 15%). Confronto dei redditi Il confronto dei redditi permette quindi di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI pari al 30% ed il calcolo utilizzato è mostrato qui di seguito: Reddito senza invalidità CHF 56'810.00 Reddito con invalidità CHF 39'540.00 Perdita di guadagno CHF 17'270.00=grado di invalidità del 30% Questo grado è insufficiente per mantenere aperto il diritto a rendita, che pertanto si estingue. . Dal 02.10.2015 al 07.08.2016 L'inabilità lavorativa è completa, per cui il grado AI è del 100%. Questo grado ammette un ripristino della prestazione. . Dal 08.08.2016 e continua Lo stato clinico torna ad essere quello antecedente il peggioramento dello stato clinico con inabilità completa, per cui il grado AI torna ad essere del 30%. Il diritto cessa pertanto di esistere. Il nostro Servizio d'integrazione Professionale si è espresso in ambito di provvedimenti professionali, indicandoli non indicati a causa della scarsa scolarizzazione dell'assicurato e del suo iter socioprofessionale. Previa richiesta scritta, l'Ufficio rimane però a disposizione per la valutazione di un aiuto al collocamento. Osservazioni al progetto Il 06.09.2017 sono giunte le prime osservazioni, contestanti la nostra valutazione medica ma prive di alcun elemento a suffragio. A seguito delle stesse è stata concessa una proroga per l'inoltro di eventuale documentazione che supportasse quanto espresso. Il 12.10.2017 ci è stato fatto pervenire un rapporto del Dr. _____ (09.10.2017), il quale è stato prontamente sottoposto al nostro Servizio Medico Regionale, che ha ritenuto opportuno "virarlo" al Servizio di Accertamento Medico - SAM (ricordiamo che il citato Servizio aveva esperito una valutazione pluridisciplinare - rapporto 31 .03.2017). Durante la valutazione del SAM ci sono giunti un rapporto del Dr. _____, uno del Dr. _____ e uno del Dr. _____. Anche questi sono stati virati al centro peritale, il quale ha fornito una presa di posizione il 30.11.2017. Nella stessa è chiaramente indicato come non vi siano elementi medici contenenti atti oggettivi nuovi, atti a modificare quanto già espresso, la pancreatite ha portato ad un'inabilità lavorativa del 100% di breve durata, dovuta al ricovero ospedaliero, ma nulla più. In conclusione, le osservazioni a carattere medico vengono respinte ed il progetto del 05.07.2017 è confermato in toto.” (doc. AI 176) In sede di ricorso il ricorrente ribadisce la sua contestazione della valutazione medica, producendo alcuni documenti già agli atti oltre a un rapporto relativo ad una degenza ospedaliera dell'agosto 2017 per pancreatite acuta (doc. A/2), rapporti del dr. _____, reumatologo, del 18 aprile 2018 (doc. VIII/1), del dr. _____, terapia del dolore, del 27 marzo 2018 (doc. VIII/2). Esaminati tali documenti, il SMR, nell'annotazione 18 maggio 2018, ha concluso che gli stessi non apportavano elementi clinici nuovi atti a modificare la valutazione medica (doc. X). È pure stato prodotto il rapporto relativo alla posa, il 23 luglio 2018, di una batteria di neuromodulazione a livello del gluteo sinistro (doc. XII e XIV).

2.7. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili

(Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGa (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) Per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di

competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)” (consid. 2 della STF 9C-524/2010) Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_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). Per quanto riguarda la nuova giurisprudenza in materia di accertamento delle affezioni psichiche si rinvia a quanto già esposto al consid. 2.5, ove peraltro si ribadisce che con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale. 2.8. Ritornando al caso concreto, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'interessato è stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del SAM del 31 marzo 2017, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Questo per i motivi che seguono. 2.8.1. Dal fascicolo risulta che il SAM ha considerato tutta la documentazione medica agli atti e ha precisato debitamente le ragioni per le quali se l'assicurato andava considerato inabile nell'attività di operaio smerigliatore dal gennaio 2008, così come era già stato concluso nelle valutazioni del dr. _____ del 1. settembre 2008, del dr. _____ del 17 giugno 2018 e del _____ del 13 maggio 2014, in un'attività leggera ed adeguata dal gennaio 2013 (come concluso dal dr. _____ nella perizia del 13 maggio 2014) era invece da ritenere abile nella misura del 30%, fatta eccezione per due periodi di inabilità totale dal 2 ottobre 2015 sino ad aprile 2016 (intervento neurochirurgico) e dall'8 luglio al 7 agosto 2016 (intervento al ginocchio destro). Dette conclusioni sono state confermate sostanzialmente dal SMR nei rapporti finali del 3 aprile 2017 (doc. AI 151) e 3 luglio 2017 (doc. AI 158), quest'ultimo

con la precisazione che dal 31 marzo 2011 al 14 febbraio 2014 l'assicurato era da considerare inabile in un'attività adeguata nella misura del 50% e in seguito del 30% (doc. AI 158). In definitiva quindi rispetto alla situazione all'epoca della prima decisione dell'11 marzo 2009 la situazione era da considerare peggiorata, laddove l'abilità lavorativa in un'attività leggera adeguata non era più completa, ma dal 31 marzo 2011 del 50% e dal 15 febbraio 2014 del 70% (riservati i menzionati periodi di inabilità lavorativa del 100%). Tale conclusione va condivisa. In effetti, per quanto riguarda l'aspetto reumatologico, l'assi-curato è stato valutato dal dr. _____, il quale, dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico e la documentazione radiografica, ha posto le diagnosi menzionate sopra (cfr. consid. 2.6), segnatamente di sindrome cervicospondilogenica cronica recidivante (con/su alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale, disturbi statici del rachide), sindrome lombospondilogenica cronica prevalentemente a sin., periartrite omeroscapolare anamnestica bilaterale, gonartrosi mediale a ds., probabile gonartrosi a sin., dolori mediali alle caviglie bilaterali, fascite plantare a sinistra. Dopo aver consigliato di correggere il sovrappeso corporeo (che sovraccarica il passaggio lombosacrale e le articolazioni alle estremità inferiori, accelera i processi artrosici, porta ad una statica a riposo svantaggiosa per le spalle e ostacola il riallenamento muscolare), ha indicato alcune misure terapeutiche, quali appositi plantari su misura e per la tallonite un allungamento selettivo della muscolatura autocoria flessoria dei piedi, della muscolatura surale bilaterale con rinforzo degli antagonisti, con trattamento locale con sonoforesi con l'aiuto di FANS, eventualmente di alcune sedute con onde d'urto. Ha quindi elencato i limiti funzionali e di carico come segue: " 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 molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado oltrepassanti i 10 kg fino all'altezza dei fianchi, l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 2 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi tra 2 e 5 kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può di rado assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, può spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia mere la possibilità di alternare le posizioni corporee quando ne risente il bisogno. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, spesso oltre 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli." Pronunciandosi sulla capacità lavorativa lo specialista ha quindi concluso che in un'attività adatta rispettosa dei limiti appena descritti l'assicurato raggiungeva una capacità lavorativa del 70% da gennaio 2013, come stabilito nella perizia reumatologica del dr. _____ del 30 maggio 2014. Come smerigliatore egli restava invece inabile, mentre che come casalingo era abile nella misura del 90%. Era inoltre giustificata un'inabilità lavorativa per qualsiasi lavoro durante sei mesi dopo l'intervento neurochirurgico del 2 ottobre 2015 e durante un mese dopo l'intervento artroscopico al ginocchio destro, del luglio 2016. Da queste approfondite conclusioni non vi è motivo di scostarsi. Per quanto riferito alla sfera neurologica, il dr. _____, dopo aver descritto nel dettaglio l'anamnesi e lo stato

clinico, effettuati esami neurologici e elettromiografici e di MRI, ha concluso che non si trovavano sicuri deficit motori. L'assicurato descriveva infatti una minima diminuzione della sensibilità diffusamente alla gamba sinistra, senza una distribuzione radicolare: tuttavia l'esame elettromiografico a tale gamba non aveva mostrato elementi in favore di una lesione radicolare motoria sui territori L5-S1. Inoltre la documentazione radiologica non mostrava sicure compressioni radicolari, in particolare anche l'ultimo esame dell'aprile 2016. Quanto alle cefalee, secondo lo specialista si trattava di dolori che corrispondevano in prima ipotesi a cefalee tensive, la cui evoluzione era tale da non determinare un'incapacità lavorativa. In conclusione, dal punto di vista neurologico l'assicurato era da considerare totalmente abile al lavoro in qualsiasi tipo di attività. Anche tali conclusioni, che peraltro il ricorrente nemmeno censura, sono convincenti. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato è stato valutato dalla dr.ssa _____, la quale, dopo aver descritto l'anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico, effettuato un accurato esame clinico in due occasioni e un colloquio con il dr. _____, psichiatra curante, ha rilevato quanto segue: " (...) Dai colloqui avuti con l'assicurato, dalla lettura degli atti, dal colloquio con il Dr. med. _____ posso esprimere il mio punto di vista specialistico ritrovando i seguenti criteri diagnostici, riferiti al DSM-V: . Sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o più eventi stressanti nel caso dell'.A l'evento stressante quale la patologia somatica persistente . Marcata sofferenza che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi. . Compromissione significata del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree. . Il disturbo correlato con lo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale preesistente. È presente nervosismo, inquietudine e reattività (ansia). L'intensità dei sintomi attuali è lieve/moderato. Inoltre nessun sufficiente criterio diagnostico, per un disturbo da sintomi somatici, conclamato. Mi riferisco ai criteri diagnostici del DSM- V: Criterio A : uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana: il disagio non è tale da considerarsi sufficiente per limitare le attività quotidiane, esce fa passeggiate, da solo o con la moglie, sta con i figli ed i nipoti, si interessa di calcio , legge in lingua turca e italiana. Non suona più il paz (chitarra turca) ma perché si è rotto. Vede la televisione (telegiornale). Criterio B : pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi collegati a sintomi somatici o associati a preoccupazioni relative alla salute, come indicato da almeno uno dei seguenti criteri: . pensieri , sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi: non vi sono pensieri quali ruminazioni mentali non ossessive . livello costantemente elevato di ansia per la salute o i sintomi: l'ansia è presente ma si manifesta solo con una certa irritabilità, che riesce a controllare (vedi anche nessuna terapia psicofarmacologica ansiolitica), vero è che il pregabalin ha una certa azione sull'ansia. . tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute: ciò che preoccupa maggiormente l'.J. è il dolore all'arto inferiore sinistro, ma senza assumere un ruolo centrale nella vita dell'A., anche se le preoccupazioni riguardo alla salute sono presenti. Rispetto al consulto psichiatrico della Dr.ssa med. _____ del 14.2.2014 concordo con il diagnosticare, un disturbo dell'adattamento anche se sono trascorsi diversi anni dall'esordio dell'evento stressante, quali i disturbi fisici, perché sono continui, quali la malattia fisica con dolore persistente e aumento di disabilità che persistono tutt'ora. Concordo con la collega, che la capacità lavorativa sia rimasta invariata dal 2014 anche perché la condizione psichiatrica attuale è tutto sommato

sovrapponibile a quella ritrovata all'epoca. A mio avviso oltretutto non vi è stato nessun peggioramento, anche perché l'A. praticamente non si cura dal punto di vista psichiatrico, quando una corretta compliance alle indicazioni terapeutiche potrebbero determinare un miglioramento sia ella condizione psichica, caratterizzata da questa base di ansia con irritabilità, anche se a mio parere è determinata da tratti di personalità soggiacente e nello stesso tempo potrebbe esserci un miglioramento della patologia algica presentata dall'A. L'unico punto in cui non sono d'accordo con la collega è dove descrive, cito: "L'assicurato appare una persona semplice sul piano-cognitivo per cui non risulta indicato un trattamento psicoterapico" a mio avviso invece potrebbe sicuramente giovare di un percorso psicoterapico, cognitivo comportamentale o con EMDR sul dolore cronico proprio per ridurre questa componente concausale." La consulente ha quindi posto la diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia ICD 10 GM F43.22/disturbo dell'adattamento con ansia persistente (cronico, il disturbo dura da più di sei mesi; DSM V 309.24). Per quanto riguardava la capacità lavorativa, secondo la specialista la stessa era da quantificare nell'80% come operaio smerigliatore e anche in attività adatte; come casalingo era invece completa. La limitazione del 20% era data dal 14 febbraio 2014, laddove invece precedentemente, dalla presa a carico del 31 marzo 2011, l'abilità era invece del 50%. Sui motivi giustificanti la riduzione della capacità, la perita li ha ricondotti alla "presenza di pessimismo, ansia psichica soggettiva, irritabilità, agitazione interiore, insonnia da risvegli notturni multipli". Ha concluso consigliando una corretta presa in carico psichiatrica ed un percorso psicoterapico cognitivo-comportamentale sul dolore o un trattamento EMDR con il protocollo di Grant sul dolore cronico. Non ha infine tralasciato di sottolineare come il precedente curante psichiatra dr. _____ avesse riferito di una scarsa compliance alle indicazioni terapeutiche. Dal punto di vista professionale, era quindi consigliabile un lavoro con mansioni semplici, ripetitive che non richiedono capacità di reagire agli imprevisti, da svolgere in un ambiente accogliente e validante, capace di tollerare il lieve peggioramento rispetto alla flessibilità, persistenza e contatto con gli altri". A tale valutazione, tratta sulla base di un approfondito esame clinico, che non ha tralasciato alcun elemento di rilievo, si deve aderire senza riserve. La dr.ssa _____, infatti, chiamata a stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, dopo averlo visitato, eseguiti gli esami più appropriati e studiata la documentazione agli atti, ha descritto nei particolari l'anamnesi e l'esame psichico ed ha risposto alle questioni poste dall'AI, che tengono conto degli indicatori standard posti dal Tribunale federale nella sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281 (cfr. pag. 461-462 incarto AI) ed estesa con una sentenza del 30 novembre 2017 a tutte le malattie psichiche (cfr. DTF 143 V 409). Alla luce di tali dettagliati consulti specialistici, il SAM ha, come anticipato, concluso per una totale incapacità lavorativa medico-teorica nell'attività lavorativa precedentemente esercitata. In un'attività leggera ed adeguata, rispettosa delle limitazioni indicate, per contro l'assicurato era da considerare dal gennaio 2013 abile nella misura del 30%, fatta eccezione per due periodi di inabilità totale a motivo dei due interventi subiti, ossia dal 2 ottobre 2015 sino ad aprile 2016 e dall'8 luglio al 7 agosto 2016. Dette conclusioni sono state confermate sostanzialmente dal SMR nei rapporti finali del 3 aprile 2017 (doc. AI 151) e 3 luglio 2017 (doc. AI 158), quest'ultimo con la precisazione che dal 31 marzo 2011 al 14 febbraio 2014 l'assicurato era da considerare inabile in un'attività adeguata al 50% e in seguito al 30% (doc. AI 158). 2.8.2. A tali conclusioni, che peraltro sono state confermate anche dal medico SMR (doc. AI 151 e 158), si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, le stesse non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una

diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata, ritenuto che per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Dalle ben motivate conclusioni della perizia SAM non è in effetti possibile scostarsi sulla base delle certificazioni prodotte dall'assicurato, il quale, contestualmente alle osservazioni al progetto di decisione, ha prodotto un rapporto relativo ad un consulto ortopedico a cura del dr. _____ del 9 ottobre 2017 (doc. AI 164), uno scritto del dr. _____ del 9 ottobre 2017 certificante una completa inabilità (a dipendenza dei dolori a livello lombare, al ginocchio destro e una nuova problematica pancreatica; doc. AI 170), un rapporto relativo ad una consultazione chirurgica a cura del dr. _____ del 19 ottobre 2017 (attestante una pancreatite acuta di natura da determinare, senza attestazione di inabilità lavorative; doc. AI 171), uno scritto del dr. _____, terapia del dolore, del 4 novembre 2016 (doc. AI 171). L'amministrazione ha sottoposto detta documentazione al SAM, il quale, interpellati gli specialisti in psichiatria, reumatologia e neurologia, con complemento peritale del 29 novembre 2017 ha concluso che detta documentazione non apportava elementi idonei a modificare le conclusioni della perizia del 31 marzo 2017, affermando: " (...) Abbiamo sottoposto i sopracitati rapporti medici e le osservazioni del legale dell'A. ai nostri consulenti che così hanno risposto. Riponiamo in estenso la risposta della nostra consulente in psichiatra Dr.ssa med. _____: " Rispondo in merito alla tua richiesta di presa di posizione del 3 novembre 2017, rispetto alla lettera dell'ufficio AI del 13.10.2017, che chiede di prendere posizione sulle osservazioni inviate la nuova documentazione medica che mi hai inviato, non contiene nessuna valutazione psichica. Visto che non vi ,sono nuovi dati presentati, posso solo che confermare la mia posizione di allora ". Pure in extenso riportiamo la risposta del nostro consulente in reumatologia Dr. med. _____: " La ringrazio per il suo scritto del 3.11.2011 al quale mi allega ulteriore documentazione medica a lei prodotta dopo la mia valutazione peritale reumatologica del 27.12.2016, momento in cui avevo posto le diagnosi reumatologiche con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome cervicospondilogenica cronica recidivante, in alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale (minima retrolistesi di C3 su C4 con osteocondrosi, uncartrosi, osteocondrosi C4/C5 con spondilosi anteriore e posteriore, osteocondrosi C5/C6, marcata osteocondrosi C6/C7 con spondilosi fusione anteriore e retrospondilosi), disturbi statici del rachide (protrazione del capo), sindrome lombospondilogenica cronica prevalentemente a sinistra con possibile componente radicolare irritativa S1 a sinistra, in discopatie plurisegmentali lombari, esiti da artrodesi L4-L5 mini invasiva con TLIF a sinistra, il 2.10.2015, anomalia di transizione lombosacrale, disturbi statici del rachide (protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale e della colonna lombare con scoliosi sinistroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (peso 98,9 kg / statura 170,5 cm), periartropatia omeroscapolare anamnesticamente bilaterale, gonartrosi mediale a destra, esiti da meniscectomia laterale ed importazione di cisti meniscali, per rottura trasversale del menisco laterale, /8.7.2016, obesità (peso 98,9 kg / statura 170,5 cm), probabile gonartrosi a sinistra, dolori mediali alle caviglie bilaterali, in piedi piatti bilaterali con retropiedi valghi su probabile insufficienza del tendine tibiale posteriore a sinistra, obesità (peso 98,9 kg / statura 170,5 cm), fascite plantare a sinistra, in piedi piatti bilaterali con retropiedi valghi, obesità (peso 98,9 kg /statura 170,5 cm). Ho preso soprattutto atto del consulto ortopedico del 9.10.2017 richiesto dal medico curante al Dr. _____ di _____, del rapporto redatto il 19.10.2017, all'affermazione del

medico curante, del Dr. _____ specialista in chirurgia viscerale a _____, del rapporto redatto dal Dr. _____, specialista in anesthesiologia a capo del centro per la terapia del dolore dell' _____ all'attenzione del Dr. _____, caposervizio di neurochirurgia _____ datato 4.11.2016, dello scritto riassuntivo del medico curante dell'assicurato all'attenzione del rappresentante legale, datato 9.10.2017. Gli atti medici citati, da me attentamente studiati, per quanto riguarda le patologie inerenti al mio campo di specialità, non contengono dati oggettivi nuovi, atti a modificare la mia valutazione della capacità funzionale e di carico residua dell'assicurato; di conseguenza si riconferma, sempre dal lato strettamente reumatologico, il mio giudizio a riguardo della capacità lavorativa dell'assicurato in attività adatta allo stato di salute, solita e come casalingo ". Riportiamo anche in extenso la risposta del nostro consulente in neurologia Dr. med. _____: " In riferimento alla pratica di questo Assicurato, da me valutato dal punto di vista neurologico il 10 gennaio 2017, ho preso atto della documentazione più recente. In particolare Avvocato _____ in data 05.09.2017 ha contestato le perizie reumatologiche e psichiatriche. Non fa riferimento invece alla valutazione neurologica. La documentazione pervenuta consiste principalmente in un rapporto del Dr. _____, specialista FMH medicina generale del 09.10.2017, dove riporta la nuova diagnosi di stato dopo pancreatite acuta (14.08.2017). Riprende altrimenti le diagnosi conosciute tra cui quella di sindrome lombovertebrale. Vi è inoltre una valutazione chirurgica del 19 ottobre 2017 concernente principalmente la pancreatite. Non vi sono dunque nuovi elementi neurologici che portino a modificare la mia valutazione del gennaio 2017". I rapporti medici inviatici non modificano le valutazioni a livello psichiatrico, reumatologico e neurologico espresse nella nostra perizia redatta il 31.3.2017. Come diagnosi nuova vi è una pancreatite acuta di natura da determinare (DD da farmaci, idiopatica) dell'agosto 2017. Questa patologia ha sicuramente causato una breve incapacità lavorativa dovuta al ricovero ospedaliero ed agli accertamenti eseguiti. Nel rapporto del 19.10.2017 il Dr. med. _____ annota che l'A. è sostanzialmente asintomatico e l'obiettività addominale è nella norma, a parte una lieve dolorabilità alla palpazione profonda in ipocondrio ds. Da questo stato si evincerebbe che al momento attuale la pregressa pancreatite non causa nessuna incapacità lavorativa. Al momento non siamo in grado di rispondere sull'evoluzione della sopracitata patologia addominale e sul suo eventuale influsso sulla capacità lavorativa. E' importante restare in contatto in particolare con il medico curante dell'A. In conclusione, tenendo conto delle patologie valutate a livello psichiatrico, reumatologico e neurologico; valutiamo l'A. abile al lavoro nella misura dello 0% come operaio smerigliatore e del 70% in attività adatte." (doc. AI 175) Ora, tali allegazioni, ben motivate ed espresse dagli specialisti che avevano già accuratamente valutato l'assicurato, che prendono attenta posizione sulle – peraltro scarse e immotivate – affermazioni del curante e degli altri sanitari e sono state integralmente avallate e condivise anche dal SMR (cfr. Annotazione del 30 novembre 2017, doc. AI 174), appaiono convincenti e meritano di essere confermate senza riserve. Né del resto il ricorrente produce nuova documentazione che attesti una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione in ambito SAM. In effetti in questa sede il ricorrente ribadisce la sua contestazione della valutazione medica operata, producendo documenti già agli atti oltre a un rapporto relativo alla degenza ospedaliera dal 14 al 18 agosto 2017 per la pancreatite acuta (che si limita ad attestare la diagnosi di pancreatite acuta e descrivere il decorso, soddisfacente, della degenza con la precisazione che il paziente viene dimesso in "buone condizioni generali" e non si pronuncia sulla capacità lavorativa; doc. A/2). Produce inoltre un rapporto del dr. _____, reumatologo, del 18 aprile 2018 (doc. VIII/1), il

quale, poste la diagnosi di “ Sindrome lombo-vertebrale cronica con attuale sciatalgia L5-S1 a sinistra su alterazioni statiche e degenerative della colonna: RMI del 17.03.2015: canale lombare stretto in L4-L5 e discopatia degenerativa L5-S1 con restringimento foraminale in progressione conseguente compressione della radice L5 a sinistra ”, rileva di aver rivisto il paziente che aveva già visto nel 2015. Ricordato come nel frattempo l’assicurato avesse beneficiato di un intervento di decompressione e stabilizzazione L5-S1 con riabilitazione a _____ e trattamento fisioterapico, sottolineato che i dolori descritti dal paziente fossero gli stessi del 2016, seppur più intensi, ha quindi riferito dell’esame clinico effettuato, concludendo affermando che “ attualmente la situazione clinica del paziente è dunque sovrapponibile a quanto già descritto nel mio rapporto del 2015, in particolare vi sono delle importanti limitazioni funzionali della mobilità articolare, dell'autonomia personale, in un paziente che presenta un decondizionamento fisico e dei segni di probabile somatizzazione del dolore. ” Ha quindi confermato la controindicazione a svolgere “ delle attività fisiche necessitanti di movimenti ripetitivi di flessione-estensione, rotazione o inclinazione della colonna vertebrale, così come è controindicato il sollevamento di pesi ”. Egli non si è quindi espresso sulla capacità lavorativa dell’assicurato, precisando di non aver valutato precisamente la capacità funzionale del paziente (doc. VIII/1). Dal canto suo, il dr. _____ del Centro _____, nel certificato del 27 marzo 2018, ha confermato che la situazione era sostanzialmente la stessa da lui constatata nel 2016, limitandosi a suggerire la possibilità di sottoporre il paziente a un “ test di neuromodulazione spinale, vista la refrattarietà alla terapia medicamentosa ” (doc. VIII/2). In proposito il SMR, nell’annotazione 18 maggio 2018, ha concluso che gli stessi non apportavano elementi clinici nuovi atti a modificare la valutazione medica (doc. X), precisando che “ Il dr. _____ nel suo rapporto medico del 18 aprile 2018 a pagina 2 asserisce che la situazione clinica è sovrapponibile a quanto da lui già descritto nel suo rapporto del 2015, rapporto che compare agli atti della perizia multidisciplinare del 31 marzo 2017, per cui già tenuto in considerazione e debitamente soppesato. Anche il dr. _____ descrive, posteriormente comunque alla decisione resa, che i dolori lamentati dall'Assicurato non sono migliorati, ma non oggettiva neppure un peggioramento, vertendo per una stazionarietà del quadro clinico e suggerendo infine l'implementazione di elettrodi “ (doc. X/1). A tali ben motivate conclusioni, supportate da una valutazione medica, va prestata adesione. Quanto al rapporto operativo relativo alla posa, senza complicanze, il 23 luglio 2018, di una batteria di neuromodulazione al livello del gluteo sinistro (doc. XII), a ragione l’Ufficio AI, nello scritto 19 ottobre 2018, ha rilevato che lo stesso si collocava nella continuità degli elementi clinici già noti, nell’ambito della terapia del dolore e sui quali del resto già si era espresso il SMR nell’Annotazione 18 maggio 2018 (doc. XIV). Del resto dal menzionato rapporto operativo - che in ogni modo è stato eseguito dopo la decisione contestata del 26 gennaio 2018 (la quale, come detto, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1) - non si evincono né diagnosi nuove né alcuna attestazione di inabilità lavorativa o in generale elementi che permettano di considerare una modifica della situazione rispetto alla valutazione del SAM e del SMR. Ribadite altresì le considerazioni generali che si impongono sul tema dell’attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.7; sia pure evidenziato che il TF, nella STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che “(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con

riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...)” (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2)) le certificazioni dei medici curanti dell’insorgente non consentono pertanto di dipartirsi dalle conclusioni del SAM e del SMR che si sono espressi in modo coerente e privo di contraddizioni. All’assicurato va del resto ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare - ove ciò fosse ragionevolmente esigibile - le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Così stanti le cose, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l’incapacità al guadagno dell’assicurato sino alla resa del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l’esperienza di ulteriori accertamenti (valutazione anticipata delle prove, fra le tante cf r. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti; anche DTF 135 V 465). La domanda di effettuare una ulteriore perizia medica non può quindi essere accolta. Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia SAM del 31 marzo 2017 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e il complemento del 29 novembre 2017 così come gli affidabili pareri dei medici del SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. la STFA I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.7) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto prima della decisione contestata del 26 gennaio 2018 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l’assicurato vada considerato inabile in misura totale nella sua attività lavorativa successivamente al gennaio 2008, ma abile nella misura del 30% in un’attività leggera adeguata, fatta eccezione per i periodi dal 31 marzo 2011 al 14 febbraio 2014 (abilità del 50%), dal 2 ottobre 2015 al 30 aprile 2016 e dall’8 luglio al 7 agosto 2016 (inabilità totale). Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata vanno quindi confermate. In sostanza, successivamente alla decisione del 11 marzo 2009 è subentrato un peggioramento che ha quindi portato alla concessione di prestazioni nelle modalità decise dall’amministrazione. Sia peraltro in questa sede richiamato altresì l’obbligo che incombe all’assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572) . 2.9. Per quel che concerne l’aspetto economico, per determinare il grado di invalidità l’Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi, mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3). Il calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.9.1. Secondo la

giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Nel caso in esame, dopo aver contattato l'ultimo datore di lavoro dell'assicurato (doc. AI 154), l'amministrazione ha stabilito che l'assicurato, nella sua abituale professione, avrebbe potuto conseguire fr. 56'810.--, dal 2009 in poi. L'Ufficio AI ha quindi applicato tale importo quale reddito da valido. Tale modo di procedere, rimasto del resto incontestato, è corretto. 2.9.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre

esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Deve essere ancora precisato che l'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera 2012, emanata dall'Ufficio federale di statistica di Berna nell'ottobre 2014), più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08, RSS 2012 pag. 35; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso (cfr., in proposito, DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174), e relativa a personale maschile in una professione semplice che presuppone qualifiche inferiori e comporta attività semplici e ripetitive (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.). In concreto, applicando i dati statistici emerge che il salario lordo mediamente percepito nel 2012 dagli uomini per un'attività semplice e ripetitiva, riportato su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2012 (cfr. i precitati riferimenti, ad esempio STF I 203/03 del 21 luglio 2003 e la citata tabella B9.2), nel settore privato, corrisponde ad un salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido di fr. 65'177.- (fr. 62'520: 40 x 41,7), inclusa la tredicesima (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999). L'amministrazione ha quindi correttamente aggiornato tale dato al 2013 in fr. 65'659.-, al 2014 in fr. 66'453.- e al 2015 in fr. 66'944 (doc. AI 155). Tali dati, fermo restando la corretta applicazione dei dati salariali statistici dichiarati applicabili dal Tribunale federale, vanno confermati. In applicazione della dianzi ricordata giurisprudenza, l'UAI ha quindi applicato una riduzione complessiva del 15%, segnatamente per i fattori " attività leggere " (10%) e " svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari" (5%). Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71 con la quale la massima Corte ha precisato che in quest'ambito il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione; cfr. anche DTF 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che, operando una - peraltro non trascurabile - decurtazione del 15%, l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato, e non può di conseguenza ammettere un a decurtazione maggiore. La deduzione ammessa tiene del resto adeguatamente conto del fatto che le limitazioni fisiche da osservare non siano oltremodo gravose. Per quanto segnatamente concerne l'età

dell'assicurato, che è nato il _____ 1959 e che al momento della decisione impugnata aveva quindi appena compiuto i 59 anni, tale elemento non può essere considerato come fattore che si ripercuote negativamente sul reddito da invalido. A tal proposito occorre ricordare 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 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.1 e 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 9C_918/2008 consid. 4.2.2 con riferimenti). In proposito va detto che, precisando la sua giurisprudenza, il TF in una pronuncia del 25 ottobre 2012 ha statuito che il momento in cui la questione della messa a profitto della capacità lavorativa (residua) sul mercato del lavoro generale ed equilibrato di un assicurato in età avanzata deve essere esaminata è quello in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale o completa) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457). Nel caso che ci occupa, come visto, mentre nel periodo precedente l'assicurato era abile completamente in attività adeguate, dal marzo 2011 è stato ritenuto inabile al 50% (sempre in attività idonee) e dal febbraio 2014 al 30% (salvo i periodi di intercorrente inabilità totale). Essendo nato nel gennaio 1959, egli aveva all'epoca 52 rispettivamente 55 anni. Premesso quanto sopra, va ricordato che, conformemente alla giurisprudenza, quando si tratta di valutare l'invalidità di un assicurato prossimo all'età del pensionamento occorre procedere ad un'analisi globale della situazione e domandarsi se, realisticamente, questo assicurato è in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato del lavoro. Quindi, indipendentemente dall'esame della condizione relativa al summenzionato obbligo di ridurre il danno, occorre stabilire se in concreto un potenziale datore di lavoro consentirebbe oggettivamente ad assumere l'assicurato, tenuto conto delle attività da esso ancora esigibili a causa delle sue affezioni, dell'eventuale adattamento del posto di lavoro, della sua esperienza professionale e della sua situazione sociale, delle sue capacità di adeguarsi ad un nuovo impiego, del salario e dei contributi padronali da versare alla previdenza professionale come pure della prevedibile durata del rapporto di lavoro (DTF 138 V 457; STFA I 401/01 del 4 aprile 2002; I 617/02 del 10 marzo 2003; I 462/02 del 26 maggio 2003 = SVR 2003 IV Nr. 35, p. 107; I 376/05 del 5 agosto 2005; I 293/05 del 17 luglio 2006; I 831/05 del 21 agosto 2006; I 304/06 del 22 gennaio 2007; cfr. anche marg. 3050.1 della circolare sull'invalidità e sulla grande invalidità (CIGI)). A tal riguardo, nella STF I 293/05 del 17 luglio 2006 il TFA ha ritenuto ancora ragionevolmente esigibile pretendere che un'assicurata, 59enne al momento in cui ha recuperato una capacità lavorativa residua del 100% in attività adeguate, riprendesse un'attività lavorativa rispettosa dei suoi limiti funzionali, evidenziando che ella aveva ancora a disposizione quasi 5 anni di attività prima di poter beneficiare di una rendita di vecchiaia. In un'altra fattispecie il TF, nella STF I 304/06 del 22 gennaio 2007, nel caso di un assicurato di 60 anni totalmente inabile nella sua precedente attività di saldatore ma abile a svolgere nel corso di un'intera giornata un'attività leggera adeguata con una flessione del rendimento del 30% (per problemi reumatologici e cardiologici), lo ha ritenuto realisticamente ancora in grado di reperire un impiego sul mercato equilibrato. Nella STF I 359/2006 del 22 giugno 2007, l'Alta Corte, confermando la decisione del 10 marzo 2006 del TCA (cfr. inc. 32.2005.100), ha ritenuto esigibile lo sfruttamento della residua capacità (del 100%) sul mercato

equilibrato del lavoro da parte di un assicurato, 58enne al momento della decisione dell'amministrazione, dato che dal profilo dell'età non erano realizzate le condizioni per ammettere una totale incapacità di guadagno per mancanza di possibilità reale di sfruttarne la residua capacità (cfr. analogamente anche la STF 9C_124/2010 del 21 settembre 2010 concernente un assicurato di 61 anni e mezzo al momento della decisione). Recentemente, in due sentenze 8C_892/2017 del 23 agosto 2018 e 8C-117/2018 del 31 agosto 2018 il TF ha confermato l'esigibilità lavorativa dei rispettivi assicurati che al momento determinante avevano entrambi 62 anni ed erano abili all'80% in attività adeguate alla luce della restrittiva prassi vigente in materia. Infine, con sentenza del 13 dicembre 2018 questa Corte ha ritenuto integrabile un assicurato di 63 anni e quasi 7 mesi d'età con una piena abilità lavorativa in un lavoro leggero rispettoso delle limitazioni fisiche poste dal medico fiduciario SUVA (inc. 32.2018.106; consid. 2.6). Ritornando alla fattispecie concreta, sulla scorta della succitata giurisprudenza, questo TCA ribadisce quindi che non solo l'età dell'assicurato non può essere considerata come fattore che si ripercuote negativamente sul reddito da invalido, ma anche che egli possa mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro, considerato che al momento determinate della valutazione egli aveva ancora davanti a sé numerosi anni prima del pensionamento. Al riguardo, va del resto ancora ricordato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee. Questo Tribunale ritiene quindi di non doversi scostare dalla valutazione dell'amministrazione, l'assicurato non avendo addotto motivi pertinenti che gli permettano di sostituire il suo apprezzamento o altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione maggiore sul reddito statistico da invalido (ATF 137 V 73 consid. 5.2, 126 V 80 consid. 5b). Ne segue che la riduzione globale del 15% dal reddito da invalido va confermata. Del

resto, come meglio s'illustrerà in seguito (cfr. consid. 2.9.3), anche volendo - per pura ipotesi di lavoro - ridurre il reddito da invalido nella misura massima possibile del 25%, la decisione non muterebbe. 2.9.3. Visto quanto precede, l'amministrazione ha fissato il reddito da invalido per il primo periodo di inabilità lavorativa, dal marzo 2011 al febbraio 2014, stante un'inabilità lavorativa del 50%, in fr. 27'700.-- [65'177 - 50% di inabilità lavorativa e - 15% = 27'700]. Sulla base di questo dato, ha quindi determinato il grado di invalidità r affrontando il reddito da valido di fr. 56'810 (cfr. consid. 2.9.1) con quello da invalido, ottenendo un grado d'invalidità (pensionabile) del 51% ($56'810 - 27'700 \times 100 : 56'810$) che dà diritto ad una mezza rendita. Analogo risultato si giunge aggiornando i redditi al 2013 e 2014 (cfr. nel dettaglio doc. AI pag. 555). Nell'ipotesi in cui si volesse tener conto di un'ulteriore riduzione del 10%, e quindi raffrontare il reddito da valido di fr. 56'810 con uno da invalido di fr. 24'441 ($65'177 - 50\% \text{ di inabilità e } - 25\% = 24'441$), si otterrebbe un tasso d'invalidità del 57% che pure darebbe diritto a una mezza rendita. Per quanto riguarda invece i periodi d'inabilità del 30% (dal 15 febbraio 2014 al 1 ottobre 2015, dal 1. maggio 2016 al 7 luglio 2016 e dal 8 agosto 2016 in avanti), il reddito da invalido va fissato in fr. 39'540 [$66'453 (2014) - 30\% \text{ di inabilità e } - 15\% = 39'540$]. Sulla base di questo dato, l'amministrazione ha quindi determinato il grado di invalidità r affrontando il reddito da valido di fr. 56'810 (cfr. consid. 2.8.1) con quello da invalido, ottenendo un grado d'invalidità (non pensionabile) del 30% ($56'810 - 39'540 \times 100 : 56'810$). Anche in questo caso, nell'ipotesi in cui si volesse tener conto di un'ulteriore riduzione del 10%, e quindi raffrontare il reddito da valido di fr. 56'810 con uno da invalido di fr. 34'888 ($66'453 - 30\% \text{ di inabilità lavorativa e } - 25\% = 34'888$), si otterrebbe un grado d'invalidità del 38% che pure non conferirebbe il diritto a una rendita. I gradi di invalidità della decisione vanno quindi confermati. 2.10. Considerati quindi l'accertata inabilità del 50% dal 31 marzo 2011, con un grado di invalidità del 51% (cfr. al consid. 2.9.3), stante il conseguente diritto ad una mezza rendita di invalidità, l'amministrazione ha riconosciuto tale diritto dal mese di marzo 2012, ovvero allo scadere dell'anno d'attesa dall'inizio della malattia giusta l'art. 28, cpv. 1 lett. b e c LAI). Tuttavia, in applicazione dell'art. 29 cpv. 1 LAI - per il quale "il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa" - il versamento della mezza rendita decorre solo dopo sei mesi dalla domanda di prestazioni e, quindi, stante la terza domanda del 30 luglio 2013, dal gennaio 2014. Le censure in proposito sollevate dal ricorrente, per il quale per la decorrenza della rendita dovrebbero far stato la prima domanda di prestazioni del 28 marzo 2008 rispettivamente la seconda del 2 luglio 2012, sono prive di fondamento. Per quanto riguarda la prima domanda del marzo 2008, la stessa è stata evasa definitivamente mediante decisione dell'11 marzo 2009 cresciuta incontestata in giudicato. Del resto, considerato come un'inabilità lavorativa in attività leggere adeguate rilevante ai fini dell'attribuzione di una rendita sia stata ammessa soltanto a far tempo dal 31 marzo 2011 e, quindi, in data successiva sia alla richiesta di prestazioni che alla decisione stessa, la presentazione di una domanda in epoca ampiamente precedente non avrebbe potuto in ogni modo essere di rilievo. Quanto d'altra parte alla seconda domanda del 2 luglio 2012, la stessa è stata evasa mediante una decisione di non entrata nel merito del 13 settembre 2012, anch'essa cresciuta incontestata in giudicato e quindi vincolante in questa sede. All'origine della medesima vi è stata in ogni modo la mancata produzione, da parte dell'assicurato e malgrado il progetto di decisione del 4 luglio 2012 che ne anticipava l'esito, di documentazione atta a rendere in qualche modo quantomeno verosimile l'intervento di una modifica rilevante delle circostanze

oggettive dopo la precedente decisione (doc. AI 47/48). A ragione pertanto ai fini dell'art. 29 LAI è stata ritenuta decisiva la terza domanda dell'assicurato del 30 luglio 2013. Considerato inoltre come dal 15 febbraio 2014 il grado di invalidità sia del 30%, con decadenza del diritto alla rendita in assenza di un grado di invalidità sufficiente, a ragione l'amministrazione ha soppresso il diritto alla rendita a far tempo dal 1. giugno 2014, ovvero dopo tre mesi dal miglioramento dello stato clinico (art. 88a, cpv. 1 OAI). La rendita è poi stata ripristinata dal 1. ottobre 2015, momento a partire dal quale l'assicurato è divenuto inabile in misura completa e l'invalidità è quindi risorta entro il periodo di tre anni dalla soppressione ai sensi dell'art. 29bis OAI citato al consid. 2.4 che precede. Stante al momento della ricaduta un grado di invalidità pari a quello presentato al momento della nascita del diritto, ovvero del 51% (cfr. cifre marginali 4003segg della Circolare sull'invalidità e sulla grande invalidità nell'AI, CIGI), ne deriva dapprima il ripristino della mezza rendita e, quindi, la concessione di una rendita intera dal 1 gennaio 2016, ossia dopo tre mesi di peggioramento giusta l'art. 88a cpv. 2 OAI. Infine, il diritto alla prestazione piena si estingue al 30 novembre 2016, dopo tre mesi dal miglioramento dello stato clinico attestato dal 8 agosto 2016 (art. 88a cpv. 1 OAI), momento a partire dal quale l'assicurato è divenuto nuovamente abile nella misura del 70% in attività adeguate, con un corrispondente grado di invalidità del 30% (cfr. consid. 2.8.3). Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. All'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese, per fr. 500.--, sono poste a carico del ricorrente.

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