

TI_GERICHTE 32.2018.65 vom 6. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.65

FR: TI_GERICHTE 32.2018.65 du 6 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.65 del 6 aprile 2018

Regeste

Domanda di prestazioni respinta. Perizia pluridisciplinare stabilisce un'inabilità lavorativa 50% per motivi psichici, conclusioni che il TCA ritiene complete e affidabili. Il ricorrente non ha saputo comprovare uno stato peggiore. Calcolo grado AI: 38%. No altre riduzioni se c'è riduzione del rendimento

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; *Pratique VSI 3/1997* pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella *Pratique VSI 2001* pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (*Pratique VSI 2001* pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA

I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352)

qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.5 Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Su tale questione, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche

parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...). Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “ (...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). ”. Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per potere concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così pronunciata: “ (...)

E. 4.2

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und

Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" . Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una "resistenza alle terapie", condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.6

Nell'evenienza concreta, si tratta di stabilire lo stato di salute del ricorrente rispettivamente la sua capacità lavorativa e di guadagno dal 12 agosto 2014 in poi. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi di tutta la documentazione medica agli atti conferma l'operato dell'amministrazione. Nella perizia pluridisciplinare resa il 18 settembre 2017, che ha approfonditamente indagato i tre campi medici reumatologico, neurologico e psichiatrico, quest'ultimo aspetto è stato oggetto di critiche da parte dell'assicurato. Egli ha ritenuto di essere tuttora inabile al lavoro in maniera totale e ciò sin dall'evento del 12 agosto 2014, che l'ha portato ad essere ricoverato alcuni giorni presso il _____ a causa di un attacco ischemico cerebrale. Da allora, tanto il medico curante _____, FMH medicina interna (docc. 27, 28 e 35), quanto lo specialista in psichiatria _____ (doc. 16), l'hanno ritenuto inabile al lavoro.

Infatti, il disagio psichico di cui era affetto l'ha portato in tre occasioni, a cavallo del 2015-2016 e due volte nel 2016, ad essere ricoverato presso delle strutture specializzate. È fondandosi sul rapporto di dimissione del 25 giugno 2016 (doc. 87) rilasciato dalla Clinica _____ di _____ che l'assicurato ha suffragato la richiesta di riconoscere una rendita di invalidità. Tale rapporto si riferisce al periodo di degenza dal 7 aprile al 4 maggio 2016 e ha posto le diagnosi psichiatriche di disturbo dell'umore [affettivo] non specificato (ICD-10 GM: F39), altri disturbi di personalità e forme miste (ICD-10 GM: F61) e di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina, abuso nocivo (ICD-10 GM: F14.1); quali diagnosi somatiche sono stati indicati il glaucoma post-traumatico all'occhio sinistro e lo stato dopo ischemia cerebrale dell'agosto 2014. Data la terapia alla dimissione e precisato che il ricovero era volontario, è stato indicato lo status psichico dell'interessato all'ammissione e sono state raccolte le informazioni anamnestiche. Viene in particolare segnalato l'evento del 2014 e che ad aprile 2015, nonostante il parere contrario del medico curante, ha ripreso l'attività lavorativa come cameriere iniziando ad assumere cocaina per sostenere gli altissimi ritmi lavorativi. A causa dello stress e del consumo della sostanza, l'8 maggio 2015 ha avuto una crisi di nervi ed è stato licenziato. Non appena è stato dimesso dalla Clinica _____ il 29 gennaio 2016, l'assicurato ha ripreso a consumare cocaina nonostante la terapia impostata alla dimissione e nei fine settimana forti quantità di alcol. Valutato il comportamento dell'assicurato durante la degenza e indicata la terapia farmacologica assunta e impostata in vista della dimissione, il rapporto conclude affermando che " Su richiesta del paziente, vista la stabilità delle condizioni cliniche, è stata concordata la dimissione, con invio per la prosecuzione ambulatoriale delle cure, dopo aver preso contatto con _____ e il Dr. med. _____ ". Questo rapporto è stato trasmesso, per competenza, ai periti del Servizio Accertamento Medico per una presa di posizione e tutti e tre gli specialisti hanno rilevato che tale documento era già stato vagliato nell'ambito del mandato peritale essendo già allora presente agli atti e che quindi non v'era motivo di modificare le conclusioni tratte con la perizia pluridisciplinare del 2017. D'avviso di questo Tribunale, dal referto allegato dall'interessato alle sue osservazioni al progetto di decisione non si può dedurre che egli era totalmente inabile al lavoro e quindi, come tale, esso non può condurre a una diversa conclusione rispetto a quella tratta dagli specialisti in materia nominati dall'Ufficio AI. Per quanto concerne il referto del dr. med. _____ del 27 luglio 2015, più volte criticato dal ricorrente siccome posto alla base del giudizio della psichiatra che l'ha peritato e che è stato ritenuto da tutti gli specialisti del SAM e dal medico SMR quale punto di partenza per la riduzione della capacità lavorativa come cameriere rispettivamente per ritenere che da quel momento in poi la capacità lavorativa in attività adatte era invece totale, occorre osservare quanto segue. Durante un'ora il ricorrente è stato visitato il 24 luglio 2015 dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, per conto dell'assicuratore malattia che si era assunto il caso di inabilità lavorativa, che oltre al colloquio personale si è basato sui referti medici attestanti il ricovero di tre giorni nell'agosto 2014 per l'emisindrome sensitiva motoria destra, sui certificati generici di inabilità lavorativa totale dal 19 giugno al 13 luglio 2015 rilasciati dallo psichiatra curante dr. med. _____ e sul referto del medico curante dr. med. _____ del 15 giugno 2015. Nel rapporto medico del 27 luglio 2015 (doc. 19) lo psichiatra ha esposto l'anamnesi familiare, fisiologica, patologica, socio-professionale, l'uso di sostanze e le indicazioni soggettive. Lo specialista ha precisato che la situazione ansiosa e difficile risposta a stress lavorativo in caso di sovraccarico si era verificata quando lavorava come cameriere, ma non come magazziniere. Era pertanto giustificato ritenere una diagnosi di sindrome da

disadattamento con reazione mista ansioso depressiva (ICD-10: F43.22) legata esclusivamente all'attività di cameriere. In un'altra attività adatta in ambiente meno stressante con un orario di lavoro standard (8-17 in ambiente poco affollato e rumoroso, come l'attività di magazziniere che ha svolto in passato), non era giustificata alcuna inabilità lavorativa presente o pregressa. È stato poi analizzato lo status psichico validato secondo AMDP-8 System e riportato che l'assicurato ha descritto segni e sintomi relativi soprattutto a un lieve disturbo ansioso-depressivo relativo a situazione stressante avvenuta durante gli ultimi posti di lavoro rispettivamente una condizione di sovraccarico lavorativo. Per ammissione dell'assicurato stesso, se fosse stato impegnato in un'altra attività, come quella già svolta di magazziniere, non sarebbe verosimilmente giustificato alcun periodo di incapacità lavorativa; senz'altro non l'ultimo a partire da maggio 2015. Ritenuto come la condizione di sovraccarico sia di impedimento, il medico interpellato dall'assicuratore malattia ha affermato che l'assicurato non era in grado di proseguire nella professione appresa di cameriere, perché non era in grado di fare fronte a lunghi turni lavorativi senza adeguati periodi di riposo. In un altro lavoro, per esempio quello di magazziniere, con orari di lavoro e riposo definiti in ambiente poco rumoroso e affollato, avrebbe potuto essere reinserito anche subito " per sua stessa ammissione. ". Il ricorrente ha contestato questa conclusione, imputando al dr. _____ di essersi basato soltanto sulle sue affermazioni (" per sua stessa ammissione. ") in luogo dei certificati medici dei curanti che, per contro, hanno sempre attestato un'inabilità lavorativa totale. Il TCA evidenzia, al riguardo, che anche la dr.ssa med. _____, che nel mese di luglio 2017, e quindi esattamente due anni dopo il collega, ha valutato il ricorrente dal punto di vista psichico, ha espressamente concluso che la capacità lavorativa come cameriere era nulla a far data dal rapporto del dr. med. _____. Essa ha fondato la sua decisione su tutti i referti medici agli atti aventi valenza psichiatrica e quindi non soltanto su quello, qui contestato dal ricorrente, del 27 luglio 2015 del dr. med. _____. Per tale motivo, la scrivente Corte non ha motivo di dubitare della correttezza delle conclusioni a cui è giunta la perita nella sua valutazione, non solo per definire la capacità lavorativa nell'attività precedente, ma anche per valutare quella in attività adeguate, affermando - implicitamente - che dal 27 luglio 2015 l'assicurato era abile in altre attività al 100%. Non va inoltre dimenticato di osservare che lo stesso psichiatra curante dr. med. _____, nel suo rapporto del 13 agosto 2015 (doc. 16) ha affermato che sarebbe stata opportuna una reintegrazione professionale e che viste le limitate capacità di concentrazione, adeguamento e caricabilità, consigliava un posto di lavoro tranquillo, con regolarità nell'orario di lavoro e nessun turno. Alla luce di ciò, le affermazioni dell'insorgente secondo cui sarebbe stato sempre inabile al lavoro dal 12 agosto 2014 in poi non possono essere tutelate nella misura in cui esse si riferiscono all'esercizio di una attività lucrativa in attività adeguate, visto che perfino lo stesso psichiatra curante le ha caldeggiate fermo restando determinate limitazioni. Quanto ai pareri del medico curante dr. med. _____, sebbene egli non sia specialista in materia e quindi le sue dichiarazioni al riguardo non hanno pieno valore probatorio (sul principio secondo cui la valutazione di medico non specialista in materia non può per giurisprudenza avere pieno valore probatorio, cfr. STF 9C_18/ 2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; fra le ultime: STCA 32.2017.172 del 28 maggio 2018; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2018; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017), va comunque rilevato che lo stesso aveva posto il 24 settembre 2015 (docc. 27 e 28) una prognosi favorevole a medio-lungo termine con recupero completo dell'attività lavorativa, che rappresentava un valido obiettivo

terapeutico, benché a quel momento l'assicurato non se la sentisse ancora di attivarsi in tal senso e quindi l'aveva ritenuto totalmente inabile per qualsiasi lavoro. Rilevato come non vi siano certificati medici che attestino una incapacità lavorativa dal 12 agosto 2014 in poi se non per i tre giorni di degenza presso il _____ e per qualche giorno successivo, non è possibile fare decorrere da quel momento l'anno di attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 LAI. In virtù delle riflessioni esposte, ritenuto che fino a luglio 2015, e meglio alla valutazione del dr. med. _____, il ricorrente va dunque considerato come abile al lavoro al 100% nell'attività di cameriere, il termine d'attesa decorre soltanto da quel momento. Ne discende che la sua capacità di guadagno residua è stata a giusto titolo calcolata dall'amministrazione dal mese di luglio 2016. Per quanto concerne i periodi successivi, fanno state le conclusioni tratte dai periti del Servizio Accertamento Medico sia nella perizia pluridisciplinare del 18 settembre 2017 sia nel loro rapporto complementare del 19 ottobre 2017, che sono state confermate dalla nota del 23 marzo 2018 emessa a seguito delle osservazioni al progetto di decisione. Quest'ultimo scritto ha infatti ben riassunto i periodi e i gradi di capacità lavorativa del ricorrente sia come cameriere sia nell'esercizio di altre attività adeguate, precisando chiaramente la situazione antecedente alla perizia di luglio 2015 del dr.

_____ - che ha riconosciuto un'inabilità lavorativa totale come cameriere - e alla dimissione dalla Clinica psichiatrica di _____ a fine ottobre 2016, a partire da quando l'assicurato è stato valutato abile al 50% in attività adatte. Così facendo, gli specialisti del SAM hanno espressamente affermato che, eccetto i periodi di ricovero stazionario in cui l'assicurato era totalmente inabile in qualsiasi lavoro, per il resto del tempo egli era dapprima capace al 100% in attività adeguate come valutato dal dr. _____, poi al 50% dall'ottobre 2016. All'affermazione ricorsuale secondo cui non è realistico che fra la degenza durata un mese alla Clinica _____ da aprile a maggio 2016 e il successivo ricovero alla Clinica psichiatrica _____ tre mesi dopo fino a fine ottobre 2016, l'assicurato sia stato considerato abile al 100% in altre attività, va qui rinviato alle chiare e complete valutazioni effettuate dalla dr.ssa med. _____ per quanto concerne l'aspetto psichiatrico. La stessa ha infatti debitamente e compiutamente analizzato lo status psichico del ricorrente non solo di persona durante due colloqui, ma anche sulla scorta della documentazione specialistica raccolta, ivi compresi i rapporti di dimissione dalle due strutture psichiatriche. Pertanto, le sue considerazioni sono state rese in tutta conoscenza della situazione e la scrivente Corte non ha dunque alcun motivo, in assenza di ulteriore certificazione medica contraria, di mettere in dubbio le conclusioni tratte dalla specialista in materia, che ha ben valutato l'intera situazione. Non va infine dimenticato che la dr.ssa med. _____ ha sottolineato che v'erano delle risorse personali tali da essere attivate qualora l'assicurato si fosse "calmato" dalla presa in carico psichiatrica e psicoterapeutica, oltre che da un sostegno socio-assistenziale. Essa ha osservato che con questi aiuti il ricorrente presentava un potenziale di integrazione professionale che poteva essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro, che poteva risultare anche terapeutico. Pertanto, una ripresa lavorativa non poteva che essere di aiuto e positiva per l'assicurato. D'altronde, è lo stesso responsabile della Comunità _____ che il 24 gennaio 2018 (doc. 87) ha dichiarato che "Da quando svolge queste attività "su misura", abbiamo notato in lui un netto miglioramento nel comportamento generale. Comunque ha sempre dimostrato un grande impegno e si è sempre comportato in modo più che corretto con noi o con gli altri ospiti comunitari." In virtù delle argomentazioni esposte, questo Tribunale non può che allinearsi alle conclusioni tratte dagli specialisti del Servizio Accertamento Medico per quanto riguarda lo stato di salute del ricorrente e la sua capacità

lavorativa tanto come cameriere quanto in altre attività adeguate alle sue condizioni. Le stesse sono state riprese il 3 aprile 2018 (doc. 93) dal dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale e devono quindi essere fatte proprie pure dalla scrivente Corte, non potendo infatti concludere nel senso preteso dal ricorrente. A quest'ultimo proposito, il TCA rileva che in questo rapporto finale SMR risulta però che non erano applicabili terapie che avrebbero migliorato la capacità lavorativa del ricorrente ma, come evidenziato, ciò contraddice le conclusioni della perita psichiatra. Infatti, la dr.ssa med. _____ ha chiaramente indicato che erano possibili misure psichiatriche e psicoterapeutiche per aiutare l'assicurato a riacquistare al 100% la capacità lavorativa in attività adatta. Il potenziale di integrazione professionale che ha ritenuto essere presente poteva essere valorizzato con misure di riallenamento progressivo al lavoro e l'iniziale capacità lavorativa al 50% in lavori adeguati sarebbe diventata del 100% non appena fosse stata ripristinata la terapia psicofarmacologica. Occorre ancora evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2018.20 del 28 gennaio 2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente si è in sostanza limitato a contestare la perizia pluridisciplinare resa dal Servizio Accertamento Medico sulla questione psichica, che ha accertato una capacità lavorativa a suo dire non data. L'assicurato non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche di un peggioramento del suo stato di salute rispetto alla valutazione della perita, tale da giustificare un'inabilità lavorativa completa sin dall'evento del 2014. Il ricorrente si è quindi limitato ad esporre le proprie valutazioni soggettive, senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che la situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo, fosse differente. Soprattutto, certificati in ambito psichiatrico che attestino validamente di una situazione peggiore rispetto a quella stabilita dalla dottoressa _____ non sono stati prodotti dal ricorrente. Infatti, né con il ricorso né pendente causa l'interessato ha fornito dei nuovi referti medici a sostegno delle sue tesi. Soltanto nell'ambito delle sue osservazioni al progetto di decisione dell'Ufficio AI egli ha apportato due certificati medici, tuttavia già agli atti dell'amministrazione e quindi già debitamente vagliati dai periti. Egli non ha dunque prodotto alcun nuovo elemento clinico che possa comprovare una situazione diversa da quella giudicata dagli specialisti intervenuti nel 2017. In virtù delle considerazioni espresse, in assenza di nuovi atti medici che mettano in dubbio le conclusioni che ha tratto la perita dal punto di vista psichico, la scrivente Corte deve ritenere come

completo, chiaro e affidabile il rapporto allestito dalla dr.ssa med. _____. In particolare, le sue conclusioni sono state rese dopo un attento esame personale delle condizioni oggettive e quindi su delle valutazioni e constatazioni concrete della capacità lavorativa dell'assicurato non solo nell'attività abituale di cameriere, ma anche dell'abilità residua in altre attività adeguate. Il rapporto dell'11 agosto 2017 ha motivato in modo completo ed esaustivo le ragioni per essersi attenuta alla valutazione del luglio 2015 del collega _____ e per avere ritenuto che da allora il ricorrente disponeva di una capacità lavorativa del 100% in lavori adeguati, mentre dall'ottobre 2016 tale capacità era del 50% stanti le traversie trascorse dall'assicurato in quel periodo. Ad ogni modo, con l'aiuto di una terapia farmacologica, di una psicoterapia e di un sostegno socio-assistenziale, l'insorgente era in grado di riprendere a pieno regime lo svolgimento di un'attività adeguata, visto che, addirittura, l'esperta ha ritenuto che nel ricorrente era presente un potenziale di integrazione professionale che poteva essere valorizzato con misure di riallenamento progressivo al lavoro. Pertanto, in assenza di ulteriore documentazione medica specialistica che contraddica le predette chiare conclusioni dell'esperta, non v'è un valido motivo per apportare una modifica alle sue valutazioni delle condizioni di salute del ricorrente con attinenza alla decisione del 6 aprile 2018 qui impugnata. La scrivente Corte conclude dunque che lo stato di salute del ricorrente è stato compiutamente valutato dagli specialisti del Servizio Accertamento Medico sulla base del rapporto peritale allestito il 18 settembre 2017, completato il 19 ottobre 2017 e ribadito il 23 marzo 2018. Alla luce di ciò, vanno confermate le inabilità lavorative stabilite dal dr. med. _____ nel suo ultimo parere del 3 aprile 2018, da intendere come riduzione di rendimento del 50% laddove dal 25 ottobre 2016 al 17 febbraio 2017 e poi nuovamente dal 20 febbraio 2017 l'assicurato è stato ritenuto abile al 50% in attività adeguate. Se l'evento del 12 agosto 2014 ha comportato una incapacità lavorativa fino al 19 seguente, l'inabilità lavorativa totale è stata fissata al luglio 2015 come cameriere, mentre in altre attività soltanto per i periodi di degenza e quindi dal 7 dicembre 2105 al 30 gennaio 2016, dal 7 aprile al 4 maggio 2016 e poi ancora dal 10 agosto al 24 ottobre 2016 e infine dal 18 al 19 febbraio 2017. In tali circostanze le contestazioni dell'assicurato, non sufficientemente circostanziate, devono essere respinte, siccome prive (anche) di sostrato medicalmente oggettivabile. L'aspetto medico stabilito dai periti del Servizio Accertamento Medico va pertanto confermato. Riconosciuto quindi il valore invalidante delle affezioni psichiche di cui soffriva il ricorrente, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito.

2.7 Accertata quindi una capacità lavorativa residua del 100% dal luglio 2015 e del 50% dall'ottobre 2016 in attività adeguata, l'amministrazione, per la determinazione del grado di invalidità, ha utilizzato il consueto metodo ordinario. Essa ha così messo a confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2016 senza il danno alla salute nella professione precedente stabilendolo sulla base dei dati statistici nel settore della ristorazione visto che quando è insorto il danno non aveva un contratto di lavoro valido (Fr. 51'204,15 per 42,3 ore alla settimana) (doc. 78) (reddito da valido), con quello risultante da un'attività leggera non qualificata desunto dai salari statistici conseguibile nel 2016 per 41,7 ore alla settimana (Fr. 67'148,21) (reddito da invalido). A decorrere dalla scadenza dell'anno di attesa (luglio 2016) fino al ricovero in ospedale il mese seguente, l'Ufficio AI ha ridotto quest'ultimo dato del 5% per motivi personali (Fr. 63'790,80) e l'ha paragonato al reddito da valido aggiornato nel 2016 a Fr. 51'740.-, per giungere a nessun discapito economico e quindi a una capacità di guadagno residua del 100%. In secondo luogo, per il periodo dal 25 ottobre 2016 in poi, ha dapprima tenuto conto

della capacità lavorativa residua del 50% e in seguito ha ridotto ulteriormente il reddito ipotetico da invalido del 5% per motivi personali, per ottenere una capacità di guadagno del 38% e quindi insufficiente per attribuire una rendita di invalidità ex art. 29 LAI. 2.8 L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPGa. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_670/2009 del 7 aprile 2010 consid. 8; STF 8C_641/2008 del 14 aprile 2009 consid. 5.2; STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3; DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Al riguardo, come è stato ricordato nella STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 al considerando 2.3, il Tribunale federale ha già ripetutamente stabilito che in considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. Tabella TA1 edita dall'Ufficio federale di statistica, livello di esigenze 4, attuale livello di competenze 1) – un numero significativo di queste attività sono infatti di natura leggera, permettono di alternare la posizione e sono pertanto adatte al danno alla salute che impone di lavorare in posizione alternata - esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale per personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 331 consid. 4a), in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici e che consentono il cambiamento frequente di posizione (RCC 1980 pag. 482 consid. 2). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del

lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo , *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin , *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, pag. 205 segg., secondo cui: “Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen”; Doudin , *La rente d’invalidité dans l’assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances*, in *SZS* 1990, pag. 255 segg.). In questo ordine d’idea, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un’attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin , *op. cit.*, p. 206; *RCC* 1989, p. 331 *consid.* 4a). L’Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell’industria e nell’artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (*SVR* 2002 *UV* 15, p. 49 *consid.* 3b; *RCC* 1991, p. 332 *consid.* 3b, *STFA* del 20 aprile 2004, U 871/02, *consid.* 3; *STFA* del 25 febbraio 2003, U 329/01, *consid.* 4.5). Anche in questo ambito vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Occorre infine rilevare che, 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 TFA 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 (*STF* 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 *consid.* 8.2; *Pratique VSI* 1998 p. 296 *consid.* 3b; *STFA* del 25 febbraio 2003, U 329/01, *consid.* 4.7). Da ultimo, va ricordato che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; egli valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l’esigibilità e la possibilità per l’assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (*DTF* 125 V 256 *consid.* 4; *RtiD* II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser , *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 *seg.*). 2.9 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all’inizio dell’eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (*DTF* 129 V 222 *consid.* 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull’ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all’evoluzione reale dei salari (cfr. ancora *DTF* 129 V 222 *consid.* 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un’azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l’assicurato avrebbe potuto conseguire senza l’invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (*VSI* 1999 pag. 248 *consid.* 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione

- la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01]). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 U 168 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c).

2.10 Il ricorrente ha contestato la determinazione del reddito da valido effettuata dall'amministrazione, ritenendolo pari a Fr. 53'425.- nel 2014 sulla base della Tabella T1_b per 42,3 ore alla settimana nella categoria 55-56 servizi di alloggio e di ristorazione e nel 2015 a Fr. 53'621.-. La richiesta dell'assicurato non può essere accolta. Va ricordato che determinante per stabilire il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido) non è il guadagno nell'ultima attività esercitata, ma il reddito che otterrebbe, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, se non fosse divenuta invalida. Di regola, ci si fonderà sull'ultimo reddito conseguito prima del danno alla salute (DTF 139 V 28 consid. 3.3.2; DTF 135 V 58 consid. 3.1). In effetti, il reddito conseguito prima dell'insorgere del danno alla salute è in linea di principio il punto di riferimento, secondo l'esperienza empirica, per cui l'attività svolta fino a quel momento sarebbe proseguita. Eccezioni a questo principio devono essere previste secondo la verosimiglianza preponderante (per un caso di applicazione dell'eccezione, cfr. STF 9C_887/2017 del 7 giugno 2018, consid. 4.3.2; STF 9C_24/2009 del 6 marzo 2009, consid. 3.2; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224). Nell'evenienza concreta, il ricorrente ha lavorato da ultimo dal 18 aprile al 31 ottobre 2014 come cameriere in una capanna (doc. 12) e il danno alla salute è subentrato nel luglio 2015 (dr. _____). Essendo quindi stato disoccupato quando è insorto il danno e non avendo perso il lavoro per motivi medici, il suo reddito da valido deve essere stabilito facendo capo ai dati statistici risultanti dalla RSS TA1 del 2014 (STF 8C_89/2018 del 18 settembre 2018; STF 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016; STF 8C_842/2014 dell'8 marzo 2015). Per quanto concerne il 2016 (cfr., a proposito del 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, in particolare il consid. 2.5.7, in cui il Tribunale federale ha espressamente escluso l'applicazione della Tabella TA1_b, come peraltro già giudicato da questo Tribunale con la STCA 36.2014.107 del 2 febbraio 2015), anno di eventuale inizio del diritto alla rendita (DTF 142 V 178, consid. 2.5.7), in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014_tirage_skill_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; cfr., per il 2012, la citata DTF 142 V 178), si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno da un uomo nel settore 55-56 dei Servizi di alloggio e di ristorazione per un'attività semplice di

tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. la citata DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) per 40 ore settimanali corrisponde a un importo di Fr. 48'420.- (Fr. 4 '035 .- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe ricevere la rendita (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55) , per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da valido nel settore della ristorazione si ha per gli uomini che partendo dal dato del 2014 (Tabella TA1 2014) il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2015 a Fr. 48'565,26 (Fr. 48'420.- + 0,3%) e nel 2016 a Fr. 49'050,91 (Fr. 48'565,26 + 1%) (cfr. Tabella T1.2.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2017, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; STF 8C_671/ 2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Riportando ora queste cifre, che si riferiscono ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana, su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 42,3 ore nel settore della ristorazione computabili nel 2016 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana T 03.02.03.01.04.01, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2017: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.asstetail.5287368.html>), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 51'871,34 (Fr. 49'050,91 : 40 x 42,3) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). Quale reddito da valido va ritenuto l'importo di Fr. 51'871,34 . 2.11 Per quanto concerne il reddito da invalido , la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la 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 "). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali , edite 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). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, in passato questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però successivamente 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

settembre 2006). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: "3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...). In seguito, nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il TF ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso. 2.12 Per quanto concerne il 2016, applicando i medesimi principi esposti per il reddito da valido, e più precisamente basandosi sui dati della tabella TA1 2014_tirage_skill_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; cfr., per il 2012, la citata DTF 142 V 178), si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. la citata DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) di 40 ore settimanali nel settore privato corrisponde ad un importo di Fr. 63'744.- (Fr. 5 '312.- x 12 mesi). Per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini che partendo dal dato del 2014 (Tabella TA1 2014) il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2016 a Fr. 64'299,91 (Fr. 63'744.- : 103,2 x 104,1). Riportato su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016, il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 67'032,66 (Fr. 64'299,91 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa. 2.13 Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto

2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Il 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato nella sentenza 8C_80/2013 che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). 2.14 Nel suo atto ricorsuale l'assicurato ha chiesto che si tenga conto di un'ulteriore riduzione del 10% da applicare al reddito da invalido ridotto dall'Ufficio AI del 5%, giacché è un uomo e deve svolgere attività leggere a tempo parziale. Il consulente in integrazione professionale che si è occupato del calcolo del grado di invalidità dell'assicurato ha debitamente spiegato sia per il calcolo riferito al periodo luglio-agosto 2016 (doc. 81) sia per quello relativo al mese di ottobre 2016 in poi (doc. 78) quali fattori potevano entrare in linea di conto a titolo di riduzione per motivi personali. Analizzati singolarmente i fattori di riduzione ammessi dalla giurisprudenza federale, il consulente ha concluso in entrambi i casi che erano dati soltanto i presupposti per applicare una riduzione al reddito statistico del 5% per altri fattori. Non entravano invece in considerazione ulteriori fattori di riduzione, quali l'età e gli anni di servizio, la limitazione della funzionalità, la nazionalità e il permesso di soggiorno, il tasso di occupazione. Per ognuno di questi parametri il funzionario ha esposto la giurisprudenza resa sull'argomento, motivando sufficientemente le sue considerazioni al riguardo. In particolare, il consulente ha indicato il 29 dicembre 2017 (doc. 81) per il primo periodo di calcolo che non effettuava una riduzione per attività leggera e che le limitazioni funzionali non influenzavano le attività adeguate. Per secondo periodo, il 23 ottobre 2017 (doc. 78) il consulente non ha effettuato una riduzione per attività leggera e nemmeno per le limitazioni funzionali individuate dai periti, visto che la limitazione del rendimento stabilita in sede medica ne teneva già conto nella determinazione della capacità residua del 50%. Va infatti considerato che la capacità lavorativa del 50% è da intendere quale riduzione del rendimento del 50% nell'ambito di una presenza durante tutto il giorno (cfr. rapporto finale SMR) e non come riduzione della presenza sul posto di lavoro. Al riguardo, va evidenziato che alla luce di quanto sottolineato dall'Alta Corte nella STF 9C_359/2014 del 5 settembre 2014, la riduzione del rendimento non dà luogo ad un'ulteriore riduzione per motivi personali: "

E. 5.4

En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références).“. Anche nella STF 8C_163/2015 del 16 giugno 2015 il Tribunale federale ha ricordato che non è possibile, nel momento in cui si valuta l'entità della riduzione percentuale da applicare al

reddito da invalido, tenere conto nuovamente della riduzione di rendimento già constatata a livello medico e inclusa nella valutazione della capacità lavorativa residua, onde evitare di prendere in considerazione due volte lo stesso punto di vista (STCA 32.2018.51 dell'11 febbraio 2019; 32.2018.31 del 4 febbraio 2019; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2017; STCA 32.2017.42 del 5 ottobre 2017; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.130 del 24 settembre 2015). La nostra Massima Istanza ha espressamente indicato che: " (...) 3.2.2. Bestehen über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.5 mit Hinweisen). Allerdings ist zu beachten, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen können, weil damit ein- und derselbe Gesichtspunkt bei der Bestimmung des Invalideneinkommens doppelt angerechnet würde. Die Vorinstanz hat zutreffend erkannt, dass Dr. med. B._____ die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer anderen adaptierten Erwerbstätigkeit in der Bandbreite von 50 % - 70 % angab, wobei aus der (mehrfachen) Unterstreichung des höheren Niveaus (70 %) zu schliessen war, dass die Versicherte eher in diesem Umfang ohne Leistungseinschränkung arbeiten könnte. Unter diesen Umständen hat das kantonale Gericht zu Recht erkannt, dass kein triftiger Grund bestand, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen, zumal auch sonst kein abzugsbegründendes Merkmal gemäss BGE 126 V 75 vorlag, welches die Vorinstanz, auf deren Entscheid im Übrigen verwiesen wird, nicht berücksichtigt hätte." Tutto ben considerato, il TCA ritiene che, da una valutazione complessiva, il tasso di deduzione del 5% sia adeguato e ciò tenendo anche conto dell'età del ricorrente e della sua capacità lavorativa residua. Non v'è quindi alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza. Va concluso che con una capacità lavorativa residua del 100% e del 50% il ricorrente è reintegrabile in un mercato equilibrato del lavoro. 2.15 Ne segue che dopo l'anno di attesa dall'insorgenza del danno, il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2016 a Fr. 67'032,65 va ridotto del 5% per tenere conto delle circostanze personali, ottenendo così l'importo di Fr. 63'681,02 (Fr. 67'032,65 - [Fr. 67'032,65 x 5 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 51'871,34 corrispondente al reddito (ipotetico) da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2016 per l'attività di cameriere esercitata al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque una perdita di guadagno nulla ([Fr. 51'871,34 - Fr. 63'681,02] : Fr. 51'871,34 x 100), visto che essendo abile al 100% in altre attività adeguate il ricorrente conseguirebbe per luglio e agosto 2016 un reddito maggiore in un'altra attività adatta piuttosto che nella sua di cameriere. Da ottobre 2016 in poi, il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato va ritenuto nella misura del 50% stante la ridotta capacità lavorativa esigibile dell'assicurato (Fr. 33'516,32) e in seguito questo nuovo reddito va diminuito del 5% per motivi personali, per giungere a Fr. 31'840,51. Paragonato con il reddito (ipotetico) da valido suindicato, risulta dunque una perdita di guadagno del 38,61% ([Fr. 51'871,34 - Fr. 31'840,51] : Fr. 51'871,34 x 100), che va arrotondata al 39% (DTF 130 V 121). 2.16 Alla luce di tutto

quanto esposto, dall'inabilità lavorativa del 100% nella precedente attività sorta nel luglio 2015 l'assicurato non ha diritto di beneficiare di una rendita di invalidità, poiché dal luglio 2016 all'entrata in ospedale del mese seguente la sua perdita di guadagno era nulla stante una capacità residua totale; inoltre, dalla dimissione dalla Clinica psichiatrica di _____ avvenuta nell'ottobre 2016, con un'abilità residua del 50% in altre attività adeguate – percentuale intesa come riduzione del rendimento – la perdita di guadagno era del 39% (art. 29 LAI). Questo Tribunale conferma dunque la decisione dell'Ufficio AI di rifiuto di attribuzione di una rendita di invalidità. 2.17 Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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