

TI_GERICHTE 32.2019.120 vom 30. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.120

FR: TI_GERICHTE 32.2019.120 du 30 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.120 del 30 maggio 2019

Regeste

Domanda AI. Viste le risultanze della perizia SAM con complementi e in base alla valutazione economica a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1 dicembre 2016 e a una mezza rendita dal 1 giugno 2017

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI prescrive che 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 (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI 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. 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180;

ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalità 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'invalità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter 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'invalità. 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, pag. 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 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 und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)". Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF 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). 2.4. 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 ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono

applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). 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 tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in *Plaidoyer* 1/06, pag. 64). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a 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. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). 2.5. Nella fattispecie in esame l'Ufficio AI – vista la richiesta di perizia 24 aprile 2017 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 32/94-95) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del _____ (doc. AI 31/89-93 e 37/100-102). Dalla perizia pluridisciplinare del _____ del 20 novembre 2017 (doc. AI 47/119-220), risulta che i periti hanno fatto capo a cinque consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____), oncologica (dr. _____) e chirurgica (dr. _____). Elencati gli atti, descritte l'anamnesi (familiare, personale - sociale, professionale, patologica e sistemica con le affezioni attuali e la descrizione della giornata) e le constatazioni obiettive, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente (nei giorni 5, 19 e 27 luglio, nonché 3, 22, 24 e 28 agosto 2017) presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo dell'adattamento con ansia (ICD-10-GM F 43.22) il disturbo dell'adattamento con ansia (DSM-V 309.24). Sindrome lombovertebrale/spondilogenica cronica con/su: - discrete discopatie su più livelli, in modo particolare protrusione a livello L3-L4, spondilartrosi tra L4-L5 ed L5-S1, - intermittenti sintomi sensitivi radicolari L4 a ds. Incipiente gonartrosi a ds. Artrosi della caviglia ds. Leggera tenosinovite lungo i flessori del primo dito della mano ds. Sindrome del dolore cronico con/su: - DD: sindrome fibromialgica primaria/secondaria. Linfoma diffuso a grandi cellule B con componente follicolare, stadio IV con massa bulky addominale e infiltrazione con perforazione dell'intestino tenue, prima diagnosi dicembre 2015 con: Terapia oncologica eseguita: - Resezione segmentale dell'intestino tenue nel dicembre 2015. - Chemioterapia di tipo R-CHOP-MTX da gennaio 2016 ad agosto 2016. - Immunoterapia di mantenimento con Rituximab in monoterapia quale terapia di mantenimento. Ernia cicatriziale addominale dopo laparotomia (dicembre 2015). 5.2

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Malattia emorroidaria cronica. Sospetta sindrome d'intestino corto. Pregresse due asportazioni di PAC a causa d'infezione. Epatite virale B cronica con/su: - terapia antivirale a lungo termine (Viread). Lieve polineuropatia sensitiva assonomielinica con/su: - presumibilmente legata al trattamento chemioterapico, - eventualmente in nesso a lieve diabete mellito tipo 2. Obesità (BMI ca. 33 kg/m²). (...)" (doc. AI 47/134-135) Visti tutti gli atti medici raccolti – evidenziato che: "(...) Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del _____ e tra il Dr. med. _____, Dr. med. _____, Dr.ssa med. _____ e Dr. med. _____ in data 16.11.2017 alle ore 11:30 tramite teleconferenza. (...)" (doc. AI 47/135) – , in sede di discussione, i periti hanno rilevato e così riassunto le valutazioni specialistiche: "(...) L'A., cittadino svizzero, di origine _____, dell'età di 56 anni e mezzo, dopo le scuole dell'obbligo si forma come meccanico d'automobili ed autista di autocarri. Al suo paese d'origine lavora come meccanico di veicoli presso un'industria. Entrato in Svizzera nel 1987 lavora dapprima come lavapiatti (aiuto cucina) durante 5-6 anni e poi per un breve periodo come manovale presso una ditta di ponteggi (fallita). Lavora poi tramite agenzia di collocamento come manovale edile ed a partire dall'aprile 1999 presso l'impresa di costruzioni _____ come autista di autocarri, aiuto cantiere nell'edilizia e nella sottostruttura. Lavora sino al 30.11.2015 e poi è in malattia. L'A. è sposato e la moglie lavora in una casa per anziani. Il figlio primogenito lavora come impiegato d'ufficio ed il secondogenito come _____ della _____. L'A. ha inoltrato richiesta di prestazioni Al per adulti il 29.3.2016 e l'Ufficio Al ha poi incaricato il _____ per perizia per valutare le varie patologie e la capacità lavorativa anche in attività adatta. L'A. percepisce ancora indennità giornaliera. Brevemente ricordiamo che nel passato l'A. ha subito alcuni traumi che non hanno lasciato sequele importanti. Verso la fine di novembre 2015 l'A. accusa uno stato febbrile accompagnato da debolezza, sudorazione e tremore. Il medico curante (_____, internista e pneumologo) organizza esami di laboratorio e poi fa ricoverare l'A. alla Clinica _____ di _____. A partire dal 6.12.2015 l'A. è ricoverato alla Clinica _____ e sottoposta ad intervento a causa di perforazione a livello del tenue a causa di un linfoma diffuso a grandi cellule B con componente follicolare stadio IV. Successivamente l'A. sviluppa polmonite ed infetto del PAC. L'A. è sottoposto a chemioterapia R-CHOP-MTX da gennaio 2016 ad agosto 2016 e successivamente ad immunoterapia di mantenimento con Rituximab. L'A. resta in controllo oncologico regolare presso il Dr. med. _____. Nel periodo marzo-settembre 2016 l'A. è seguito a livello psicologico dal Signor _____ di _____ e a partire dal 20.1.2017 dalla psichiatra Dr.ssa med. _____ che pone la diagnosi di sindrome da disadattamento (F43.2) e reazione mista ansioso-depressiva (F43.22). Lo valuta incapace al lavoro al 30% come autista. Su incarico della _____ l'A è stato valutato dall'oncologo-ematologo Dr. med. _____ che codifica un'inabilità al 100% (visita del 10.1.2017). Secondo l'A. è previsto un intervento a livello addominale a causa di ernia cicatriziale a-fine agosto 2017 (Dr. med. _____). Una colonoscopia presso il Dr. med. _____ del 6.6.2017 è risultata normale. L'A. è seguito regolarmente dal Dr. med. _____, dal Dr. med. _____ e dalla Dr.ssa med. _____. Durante il soggiorno dell'A. presso il _____, quest'ultimo è stato sottoposto alle seguenti valutazioni specialistiche, utili per la valutazione del caso: Valutazione psichiatrica Dal punto di vista psichiatrico l'A. è stato valutato dalla Dr. med. _____ che ha incontrato l'A. il 3 e 24.8.2017. È stata presente un'interprete/mediatrice culturale. La nostra consulente si sofferma sull'anamnesi e sui documenti medici a disposizione. L'A. riempie il

questionario ACE. La diagnosi posta dalla nostra consulente è citata al punto 5.1. Come manovale edile ed autista l'A. è abile al lavoro nella misura dell'80% da fine maggio 2017 (miglioramento). La nostra consulente fa iniziare l'incapacità lavorativa da quando è iniziata la presa a carico presso la Dr.ssa med. _____: capacità lavorativa del 70% dal 20.1.2017. In seguito è subentrato il sopracitato miglioramento dal mese di maggio 2017. In seguito alle cure vi è stato un miglioramento che presume a partire dalla fine di maggio 2017 come confermato dall'A. e come ritrovato dalla nostra consulente. La prognosi a medio-lungo termine è positiva con evoluzione della componente psichica a risoluzione del quadro ansioso. Prevede un miglioramento in 6 mesi di psicoterapia finalizzata allo stress traumatico e cura psicofarmacologica. Secondo la nostra consulente la diminuzione della capacità lavorativa è determinata dalla reazione allo stress per il linfoma non Hodgkin, con sviluppo di una condizione reattiva ansiosa, stanchezza psicofisica, secondaria anche ad insonnia, con risvegli notturni costellati da incubi (in miglioramento), accentuazione dell'irritabilità, con agitazione interiore e difficoltà al controllo della rabbia. La nostra consulente consiglia una presa a carico psicoterapeutica (in programma dal 14.9.2017, Signora _____) con psicoterapia finalizzata al superamento dello stress traumatico. La letteratura scientifica indica la terapia cognitivo comportamentale (TCC) o TCC evoluzionista, o l'EMDR, associata inizialmente, a terapia farmacologica per stabilizzare l'ulteriormente ansia, il potenziare neurolettico atipico, più che le benzodiazepine, eventualmente anche uno stabilizzatore, da scegliere tra i farmaci antiepilettici. L'A. può svolgere altre attività nella misura dell'80% e del 100% come casalingo. Valutazione reumatologica Dal punto di vista reumatologico l'A. è stato valutato dal Dr. med. _____ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici a disposizione, sullo status reumatologico e sugli esami radiologici. Ha pure a disposizione la MRI del piede ds. del 6.7.2017. Le diagnosi da lui poste sono citate al punto 5. Secondo il nostro consulente i dolori lamentati dall'A. sono spiegati solo parzialmente dalle patologie degenerative al rachide lombare, al ginocchio ds, alla caviglia ds. ed alla tenosinovite alla mano ds. Secondo il nostro consulente risulta un quadro clinico piuttosto fibromialgico. È possibile che questo sviluppo di un reumatismo delle parti molli sia riconducibile alla patologia oncologica ed alle conseguenti importanti terapie farmacologiche. Non esclude comunque una componente somatoforme su nota sindrome ansio-depressiva già trattata farmacologicamente. Sottolinea che l'A. riferisce di non avere mai lamentato dolori alla colonna allorché lavorava; i dolori sarebbero insorti dopo l'inizio della patologia oncologica e dell'intervento addominale subito nel dicembre 2015. Facciamo notare che la consulente in psichiatria non ha posto la diagnosi di sindrome da dolore somatoforme. Come manovale edile l'A. presenta una capacità lavorativa del 20% e, secondo il nostro consulente, non è più idoneo a questo tipo di attività. Come autista l'A. presenta una capacità lavorativa del 70%. In un'attività medio-leggera che non implichi particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 kg, lavori prolungati in posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di elevazione ed estensione del tronco, lavori che non necessitano il dover salire e scendere le scale, il doversi inginocchiare o il dover camminare su terreni sconnessi) l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 70%. Come casalingo l'A. è abile al lavoro nella misura del 90%. Il nostro consulente consiglia una presa a carico reumatologica. Per il rachide l'A. necessita di trattamenti fisioterapici combinati ad esercizi di ginnastica medica per tonificare la muscolatura del tronco (un trattamento attivo potrà comunque essere eseguito solo dopo l'intervento per ernia addominale, prossimamente previsto). Per il ginocchio ds. consiglia un trattamento infiltrativo con corticosteroidi e/o

acido ialuronico. Per la tenosinovite al pollice ds. potrebbe essere utile un'infiltrazione nella guaina tendinea con corticosteroidi. L'A. è molto decondizionato ed il nostro consulente consiglia una corretta presa a carico riabilitativa. Valutazione neurologica Dal punto di vista neurologico l'A. è stato valutato dal Dr. med. _____ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici a disposizione, sulla sintomatologia, sullo status neurologico e sugli esami ENG/EMG. Allo stato neurologico non risultano deficit di forza in nessuna sede, tutti i riflessi sono ben evocabili e simmetrici, riflesso achilleo e riflesso rotuleo inclusi. Non vi sono segni piramidali. La pallestesia malleolare è conservata con 7/8 bilateralmente. L'A. non descrive un chiaro deficit sensitivo tattoalgico dermatogeno. In pratica lo stato neurologico è nella norma. All'esame ENG emerge il quadro di una lieve polineuropatia unicamente sensitiva e non motoria assonomielinica, principalmente agli arti inferiori ed una lieve sindrome del tunnel carpale da entrambi i lati. Presumibilmente la polineuropatia è la conseguenza della chemioterapia; spiega le parestesie accusate dall'A. a livello della punta dei piedi da entrambi i lati. In futuro potrebbe anche migliorare. D'altra parte vi è un lieve diabete mellito che può determinare questa polineuropatia; in quel caso presumibilmente in futuro non migliorerebbe. Il nostro consulente si sofferma anche sui dolori lombari. La descrizione della localizzazione delle parestesie farebbe pensare ad un problema L4. Clinicamente non vi sono dei segni deficitari L4 a ds. e l'esame EMG del muscolo vastolaterale ds. è risultato nella norma. Un'eventuale lieve irritazione L4 a ds. pare possibile, anche in base al reperto della MRI della lombare del dicembre 2015. L'A. descrive anche "giramenti di testa"; il nostro consulente non trova un'apparente causa neurologica di questi sintomi. Dal punto di vista neurologico l'A. è totalmente abile al lavoro. La prognosi per quanto riguarda la polineuropatia appare favorevole e d'entità piuttosto lieve. Se fosse, invece, legata al diabete mellito, in futuro è possibile un'eventuale progressione della stessa. Per quanto riguarda i sintomi irritativi radicolari L4 a ds., la situazione appare stabile e non progressiva. Valutazione oncologica Dal punto di vista oncologico l'A. è stato valutato dal nostro consulente Dr. med. _____ le cui diagnosi sono citate al nostro punto 5. Come autista l'A. presenta una capacità lavorativa del 50%. Vi è stata una capacità lavorativa dello 0% dal momento della diagnosi nel dicembre 2015 sino a 6 mesi dal termine della chemioterapia con RCHOP-MTX. Dagli atti non è chiara la data dell'ultimo ciclo di chemioterapia di questo genere, che tuttavia secondo il programma di 8 cicli avrebbe dovuto terminare nell'agosto 2016. In tal caso un'incapacità lavorativa del 100% è giustificata per gli esiti della chemioterapia sino al mese di febbraio 2017, mentre a partire dal marzo 2017 si può ritenere che l'A. abbia una capacità lavorativa teorica del 50%. La prognosi a medio-lungo termine è caratterizzata dal rischio di ripresa evolutiva del noto linfoma. Non è chiara l'origine delle diarree riferite dall'A.; potrebbero essere dovute ad una sindrome dell'intestino corto (stato dopo resezione segmentale del tenue) oppure ad effetti collaterali della terapia tuttora in corso. In funzione della patogenesi delle diarree, una terapia specifica può essere presa in considerazione. Per quanto riguarda le altre sequele (astenia, parestesie, affaticabilità aumentata), vi è una tendenza a migliorare spontaneamente con il tempo, dopo la cessazione della chemioterapia citotossica. Come casalingo l'A. è abile al lavoro al 100%. Valutazione chirurgica Dal punto di vista chirurgico l'A. è stato valutato dal Dr. med. _____ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici a disposizione, sulla sintomatologia e sullo status. Le diagnosi da lui poste sono citate al nostro punto 5. All'ispezione dell'addome si trova una cicatrice dopo laparotomia mediana xifopubica. Alla palpazione si trova una grossa ernia cicatriziale, dolorosa alla palpazione. All'ispezione dell'ano si trova un arrossamento perianale e delle

emorroidi esterne. Il tocco rettale non è dolente. Secondo il nostro consulente l'A è abile al lavoro nella misura dello 0% nell'ultima attività svolta dal dicembre 2015. Tramite l'intervento di ernioplastica addominale con innesto di rete (previsto a fine agosto 2017) la sintomatologia potrà migliorare se non sparire. Dopo l'intervento l'A rimane inabile al lavoro durante 3 mesi nella misura del 100%. L'A è impossibilitato ad effettuare un minimo sforzo addominale ed alzare pesi. L'A. può svolgere tutte le attività senza dover sollevare pesi o "sforzare" la parete addominale (capacità lavorativa del 100%). Come casalingo è abile al 100%. Non vi sono altre patologie che limitano la capacità lavorativa dell'A. Dal lato internistico è seguito dai curanti. Il diabete mellito è trattato in particolare con anti-diabetici orali. Non sono fattori medici (extra-LAI) la situazione economica e sociale dell'A e l'assenza da parecchio tempo dal mondo lavorativo. (...)" (doc. AI 47/135-139). Dopo un'attenta discussione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) L'A. presenta una capacità lavorativa del 0% come manovale edile e autista. (...)" (doc. AI 47/139), i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: " (...) 8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA 8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale 8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? La riduzione della capacità lavorativa è dovuta alle patologie reumatologiche, alle sequele del trattamento oncologico ed alla presenza di un'ernia cicatriziale. 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. 0%, 0 ore. 8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. 0%. 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. 0 ore 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. -. 8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Dal dicembre 2015 (ricovero per la patologia oncologica) e continua. Le attività come manovale ed autista nel mondo edile sono sconsigliate e per questo codifichiamo una capacità lavorativa dello 0%. 9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) L'A., dal punto di vista reumatologico, può svolgere un'attività fisicamente medioleggera che non implichi particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 kg, lavori prolungati in posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di elevazione ed estensione del tronco); deve evitare attività che necessitano il dover salire e scendere le scale, il doversi inginocchiare, il dover camminare su terreni sconnessi. Inoltre tenendo conto delle sequele oncologiche l'A. deve evitare di alzare pesi e sforzare la parete addominale. 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. In percentuale. 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto (50%). 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. -. 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se

queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? 50% dal marzo 2017 e continua (a 6 mesi dal termine della terapia oncologica). A causa del trattamento oncologico ha presentato una capacità lavorativa dello 0% in qualsiasi tipo di attività dal dicembre 2015 sino al febbraio 2017. Abbiamo integrato tra di loro le riduzioni della capacità lavorativa valutate dai vari consulenti. 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. 90%. 9.2 Reintegrazione professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione? Sì! 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Bisogna tener conto dei limiti funzionali descritti precedentemente. 9.2.3.1 I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Se sì, in che misura? Sì! Nella misura del 50%. 9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Non si tratta di revisione. 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1 Come giudica l'aderenza terapeutica dimostrata dall'A. nel corso degli anni? Buona. 9.3.2 Adeguatezza della terapia attuale secondo le linee guida? Eventuali proposte terapeutiche? Si consiglia l'intervento di plastica addominale con innesto di rete previsto ancora nel corso del 2017. Dal punto di vista psichiatrico si consiglia una presa a carico psicoterapeutica con psicoterapia, terapia cognitivo-comportamentale o terapia cognitivo comportamentale evoluzionista; o EMDR; inoltre dal punto di vista farmacologico si consiglia di potenziare il neurolettico atipico, eventualmente l'introduzione di uno stabilizzatore da scegliere tra i farmaci antiepilettici. Dal punto di vista reumatologico si consigliano fisioterapia, ginnastica medica per tonificare la muscolatura, trattamento infiltrativo per il ginocchio ds. con corticosteroidi e/o acido ialuronico, infiltrazione nella guaina tendinea con corticosteroidi al pollice ds. 9.3.3 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanto tempo, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A.? Si può prevedere un miglioramento con capacità lavorativa totale in attività adatta. 9.3.4 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Non ve ne sono. 10 COERENZA 10.1 Descrivere in modo critico eventuali discrepanze evidenziate tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e la valutazione clinica durante la visita. A livello reumatologico vi sono certe discrepanze tra la sintomatologia, l'anamnesi e la valutazione clinica. 11 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 11.1 Altri quesiti del medico SMR. Non sono posti. 11.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Domande particolari non sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...) (doc. AI 47/140-144) Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale del 23 novembre 2017 (doc. AI 48/221-224), si è allineato alle conclusioni a cui sono giunti i periti del _____. Lo stesso dr. _____, vista l'ulteriore documentazione medica prodotta dall'avv. RA 1 nell'ambito delle osservazioni 12 marzo 2018 (doc. AI 63/254-255) al "Progetto d'assegnazione di rendita" del 16 febbraio 2018 (doc. AI 54/236-241) – più precisamente: il rapporto 18 marzo 2018 del dr. _____ (doc. AI 68/272-276), il rapporto 20 aprile 2018 del dr. _____ (doc. AI 72/283-285) e il "Rapporto psicologico" del 14 maggio

2018 con annessi della psicologa _____ (doc. AI 72/286-303) – , l'ha sottoposta ai periti del _____ (cfr. doc. AI 75/308, 76/309, 82/315 e 83/316) che, nei complementi del 7 novembre 2018 (doc. AI 84/317-326) e del 28 gennaio 2019 (doc. AI 95/343-349), hanno precisato: " (...) Il Signor RI 1, è stato sottoposto ad accertamenti presso il _____ tra il 5.7 e il 28.8.2017 e la perizia è stata redatta il 20.11.2017. Abbiamo valutato l'A. abile al lavoro nella misura dello 0% come manovale edile ed autista ed abile nella misura del 50% in attività adatte, tenendo conto di tutte le patologie presentate. Il legale dell'A., Avv. RA 1, invia un rapporto della psicologa Signora _____ (14.5.2018) e dell'oncologo Dr. med. _____ (del 20.4.2018). Il legale dell'A. ritiene che dall'1.12.2016, dopo un anno di attesa, l'A. abbia diritto ad una rendita d'invalidità totale. Il sopracitato rapporto del Dr. med. _____ si sofferma sulle varie patologie di cui soffre l'A. (anche di quelle non oncologiche) e sulla perizia _____. Pensa che sia da prendere in considerazione la revisione del grado d'incapacità lavorativa, in quanto i vari problemi di cui soffre l'A. si sommano al problema oncologico e rendono l'A. inabile al lavoro nella misura superiore al 50%. A nostra disposizione vi è pure il sopracitato rapporto della Signora _____ del 14.5.2018. Nel dossier abbiamo pure trovato anche una valutazione del chirurgo Prof. Dr. med. _____, inviata al legale dell'A. e datata 18.3.2018 (data corretta a penna). Si evince che si tratta di una valutazione basata sugli atti e si fa riferimento alla perizia _____. Il sopracitato chirurgo valuta un'incapacità lavorativa quantificata nella misura del 25%. Dice che metà del suo tempo dovrebbe essere impiegato a favore di un'istruzione per reinserimento e che nell'arco di 2-3 anni l'attività potrebbe essere aumentata ad un 50%, su tutto il "corso" della giornata. Agli atti non abbiamo documenti prettamente reumatologici e neurologici. Riportiamo le prese di posizione dei nostri consulenti. La Dr.ssa med. _____ risponde in questo modo: " In risposta alla tua richiesta di presa di posizione sul caso in oggetto, del 05 luglio 2018, dove il Dr. Med. _____ dell'Ufficio AI canton Ticino del 19.06.2018 prega di sottoporre al SAM le osservazioni del legale dell'A. Avv. RA 1 ed in particolare il rapporto psicologico del 14.05.2018 redatto dalla dott.ssa _____, psicologa, che ha visto l'A. nell'arco di 6 mesi in due colloqui ed un primo incontro per somministrare il test MODA (valuta il quadro cognitivo dei deficit neuropsicologici della malattia di Alzheimer, completa, in termini quantitativi, la descrizione neuropsicologica di un paziente che viene esaminato per un sospetto di demenza) richiestole dalla dr. med _____, che è risultato negativo, nella norma inferiore. La lettura del rapporto psicologico, mi ha fatto fare un salto nel tempo, a circa 30-40 anni fa, quando leggo a pag. 3 " Disturbo Psichiatrico " quando citandomi nella individuazione da parte mia di un "carattere (avrei dovuto scrivere "tratto di personalità") narcisistico", scrive che: "nei criteri utili per iniziare una terapia e condurla a buon termine è necessario avere "buon carattere". Aggiunge che la personalità narcisistica è solitamente associata, in letteratura e nella esperienza di pratica clinica ad una indicazione negativa per la psicoterapia, di qualunque forma di psicoterapia si tratti. A questo proposito, mi rifaccio al prof. _____, psicoanalista, psichiatra, mio maestro, che ha elaborato concetti e tecniche psicoterapeutiche per i pazienti affetti da gravi patologie psichiche oltre che con pazienti borderline (ISeRdiP- istituto per lo studio e la ricerca sui disturbi psichici, da lui fondato, nonché scuola di psicoterapia breve integrata), che avrebbe considerato le caratteristiche di personalità dell'A. ininfluenti per il buon esito di una psicoterapia ben condotta. Anzi si sarebbe scandalizzato a leggere ciò che la psicologa _____ scrive nel negare la psicoterapia di qualunque forma di psicoterapia si tratti all'A. Infatti io scrivo nel mio consulto: " A mio parere vi sono possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di

salute psichica, quale una presa in carico psicoterapeutica, già in programma (dal 14.09.2017) con psicoterapia finalizzata al superamento dello stress traumatico, la letteratura scientifica indica la Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) o TCC evoluzionista, o l'EMDR, associata inizialmente, a terapia farmacologica per stabilizzare ulteriormente l'ansia, quali il potenziare il neurolettico atipico, più che le benzodiazepine, eventualmente anche uno stabilizzatore, da scegliere tra i farmaci antiepilettici. A mio parere, con risoluzione della condizione psichica attuale, vista anche la negatività psichiatrica anamnestic. Si potrebbe rivedere tra sei/otto mesi." E ciò che scrive la psicologa _____, mi pare una sentenza con condanna di non curabilità, che non corrisponde al vero, e a tal proposito non ritrovo nel dossier se è stato seguito ciò che ho scritto come indicazioni terapeutiche e se la psicoterapia con la sig. Liliana sia stata effettuata. Penso che questo non sia avvenuto, in quanto la "reazione post-traumatica non è rientrata" e non vi è stato a mio parere nessun supporto psichiatrico/psicologico alle reazioni di stress, che come sappiamo in un concetto bio-psico-sociale di tutte le malattie non solo quelle psichiche, sono interconnesse, come scrive il prof. _____, oncologo, che ben sa quanto sia importante il sostegno psicologico nelle patologie oncologiche. Di fatto, non ho ritrovato elementi di reale novità, ma mi posso permettere di pensare ad una non sufficiente presa in carico psichiatrica/psicoterapeutica, ed in tal senso, mi appare difficile sostenere, qualsiasi modifica della mia posizione di allora." Il Dr. med.

_____ risponde in questo modo: " Ricevo solo oggi la lettera del 05.07.2018, con la quale chiedi di rivalutare le conclusioni peritali concernenti il summenzionato assicurato, dopo che il suo avvocato ha inoltrato una richiesta di aumento del grado di invalidità sulla base di alcuni certificati medici. Sottolineo di non aver ricevuto questi certificati da visionare, ma da quanto è possibile leggere dalla tua lettera non vi sono sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico nuovi atti che comprovino un peggioramento del suo stato clinico. Non vedo perciò motivo per modificare le conclusioni alle quali ero giunto nella mia perizia reumatologica redatta il 20.07.2017. Ricordo come in tale perizia lo avessi già considerato inabile al lavoro nella misura dell'80% e quindi non più idoneo in qualità di manovale edile. Quale autista lo avevo invece considerato ancora almeno 70% abile al lavoro, così come per lo svolgimento di una professione fisicamente medio-leggera. 90% abile al lavoro in qualità di casalingo." Il Dr. med. _____ risponde in questo modo: " in merito al paziente summenzionato ho preso atto della nuova documentazione inviata, in particolare il rapporto del Dr. med _____ del 20.04.2018 e quella del Prof. Dr. med. _____, di _____, del 18.03.2018. Dal rapporto del Dr. med. _____ non emergono nuovi aspetti per quanto riguarda il lato neurologico. Per quanto riguarda la lettera del Prof. Dr. med _____, egli valuta soprattutto la situazione intestinale, per la parte neurologica anche egli ritiene che le parestesie accusate dal paziente siano legate al trattamento chemioterapico. Ritiene anche che queste parestesie non sarebbero oggettivabili, però effettivamente al mio esame elettrofisiologico vi erano delle anomalie compatibili con una lieve polineuropatia sensitiva, in pratica si tratta di un'oggettivazione delle parestesie accusate dal paziente. Dal rapporto del Prof Dr. med. _____ non emerge che via sia un'incapacità neurologica legata alle parestesie e quindi anche in questo caso dal lato neurologico non emergono nuovi aspetti e non vedo necessità di rivedere la mia valutazione della capacità lavorativa dal lato neurologico." Il Dr. med. _____ risponde in questo modo: " Dopo aver letto il rapporto del Dr. _____ del 20.04.2018 nonché il rapporto del Prof. _____ del 18.03.2018 posso risponderti come segue: I due rapporti non apportano elementi nuovi da modificare la mia valutazione chirurgica del

31.08.2017. " Il Dr. med. _____ risponde in questo modo: " mi riferisco alla sua lettera del 05.07.2018 e confermo che da parte mia i documenti inviati non portano informazioni tali da modificare la mia perizia oncologica". In conclusione i documenti medici a nostra disposizione non permettono di modificare la nostra valutazione _____ espressa nella perizia del 20.11.2017 (abilità dello 0% come manovale edile ed autista, abile nella misura del 50% in attività adatte). (...)" (doc. AI 84/317-320). " (...)

Brevemente ricordiamo che abbiamo peritato l'A. (perizia redatta il 20.11.2017) e che abbiamo risposto a domande poste dall'Ufficio AI del Canton Ticino e del legale dell'A. il 7.11.2018. Abbiamo riconfermato la valutazione espressa nella sopracitata perizia: A. abile al lavoro nella misura dello 0% come manovale edile ed autista, abile nella misura del 50% in attività adatte (descritte in perizia). Ora ci è stato sottoposto il rapporto d'uscita dell'Ospedale _____ di _____, _____ (degenza dal 14 al 26.10.2018 a causa di peritonite fibrinoso-purulenta in fossa iliaca e fianco sin., su perforazione coperta di origine indeterminata). Il rapporto inviatoci è completo, ma non firmato. Abbiamo sottoposto il sopracitato rapporto ai nostri consulenti che così hanno risposto. Risposta del DR. med. _____: " La nuova documentazione concernente il ricovero dell'A. dal 14.10.2018 presso l'Ospedale _____ non apporta elementi da modificare le mie valutazioni precedenti. Dopo l'ulteriore laparotomia l'A. era per almeno due mesi al 100% inabile per qualsiasi lavoro". [cfr. doc. AI 95/344 non così riprodotto sub. doc. AI 95/345)

Risposta del Dr. _____: " Secondo il rapporto d'uscita provvisorio datato 26.10.2018, il Signor RI 1 è stato ricoverato in urgenza per una peritonite fibrinoso-purulenta su perforazione coperta di origine indeterminata. Durante l'intervento chirurgico non è stata messa in evidenza una recidiva di linfoma ed è prevista una rivalutazione con PET-TAC a circa due mesi dall'intervento chirurgico (dicembre 2018). È possibile che la perforazione non abbia un'origine tumorale, ma che sia in relazione ad una diverticolosi oppure ad una problematica aderenziale. In questo caso questo intervento causerà un'incapacità lavorativa non di lunga durata. Qualora l'esame di controllo tramite PET-CT, già prospettato, dovesse mostrare invece una recidiva di linfoma, evidentemente l'A. dovrà sottoporsi a nuovi trattamenti oncologici che provocheranno una nuova incapacità lavorativa". Risposta della Dr.ssa _____: " il rapporto non apporta nessuna modificazione nelle mie precedenti conclusioni psichiatriche". Risposta del Dr. med. _____: " in riferimento alla lettera di dimissione dell'ospedale _____ del 26.10.2018, dove il paziente è stato degente dal 14.10. al 26.10.2018, posso riferirle che dal lato neurologico non emergono nuovi aspetti; quindi non devo porre nuove diagnosi e nuove valutazioni rispetto alla perizia pluridisciplinare del 20.11.2017". A causa del sopracitato ricovero l'A. ha presentato una capacità lavorativa dello 0% in qualsiasi tipo di attività durante il ricovero (14-26.10.2018) ed in seguito durante 2 mesi dopo la dimissione. Al di fuori di questi periodi l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come manovale edile ed autista del 50% in attività adatte. (...)" (doc. AI 95/345-346). Dal canto suo il consulente dr. _____, nella risposta del 30 novembre 2018 al _____ (doc. AI 95/343 non riprodotto nel complemento del 28 gennaio 2019 sub. doc. AI 95/345-346), ha precisato che "(...) come da tua richiesta desidero prendere posizione a riguardo dell'ultimo rapporto concernente il signor RI 1 datato 26.10.2018 e redatto dai colleghi della medicina interna dell'ospedale _____.

L'assicurato è stato qui ricoverato a causa di una peritonite fibrinoso-purulenta necessitante di un intervento di laparotomia in urgenza. L'evoluzione, da quanto è possibile leggere nel rapporto, è stata priva di complicazioni significative. Evidentemente questa patologia non ha alcun interesse reumatologico, motivo per il quale non modifica in alcun modo le

conclusioni a cui ero giunto in occasione della mia perizia reumatologica del 20.7.2017. (...)” (doc. AI 95/343). Sempre il dr. _____, nel rapporto finale del 4 febbraio 2019, si è allineato ai succitati complementi peritali del _____ (doc. AI 96/350-354). L’Ufficio AI – viste le risultanze mediche svenunciate e ritenuti la valutazione del consulente in integrazione professionale del 13 febbraio 2018 (doc. AI 52/230-233), la tabella allestita il 16 febbraio 2018 con le riduzioni al reddito ipotetico da invalido (doc. AI 55/242-245) e l’annotazione per l’incarto dello stesso giorno (doc. AI 23/128-129) – , con decisione del 30 maggio 2019 ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. dicembre 2016 e ad una mezza rendita dal 1. giugno 2017 (cfr. consid. 1.2). 2.6. Per poter graduare l’invalidità, l’amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell’indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall’assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 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, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). Le perizie affidate dagli organi dell’AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell’assicurazione invalidità, l’Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d’accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall’art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell’indipendenza, dell’equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l’acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell’assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell’autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale

cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 5.3). 2.7. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.3 e 2.6), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del SAM fondate sulla perizia 20 novembre 2017 con complementi del 7 novembre 2018 e del 28 gennaio 2019 e confermate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.5). Perizia, quella del _____, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Non vi sono in effetti ragioni per scostarsi dalle convincenti e approfondite considerazioni espresse dai periti i quali hanno anche considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il _____. In particolare non può di certo modificare l'esito del presente giudizio il "Rapporto psicologico" del 14 maggio 2018 con annessi della psicologa _____ (doc.

AI 72/286-303). Infatti – oltre a rinviare alla risposta 16 luglio 2018 della dr.ssa _____ al _____ (doc. AI 84/321/322), ripresa dai periti nel complemento del 7 novembre 2018 (doc. AI 84/317-320, riprodotto al consid. 2.5) – va evidenziato come la psicologa non pone una diagnosi diversa rispetto a quella ritenuta dalla dr.ssa _____, psichiatra curante, nel rapporto medico del 1. giugno 2017 (doc. AI 39/105-109, vedi il punto 1.1 sub doc. AI 39/106) e confermata dalla dr.ssa _____ nel consulto del 5 settembre 2017 (doc. AI 47/160-171, vedi il punto C1 sub doc. AI 47/168). Quanto all’incapacità lavorativa la psicologa la ritiene del 30% senza tuttavia debitamente motivare per quali ragioni si scosta dalla valutazione della dr.ssa _____ la quale, sempre nel succitato consulto del 5 settembre 2017, ha evidenziato che “(...) la riduzione della capacità lavorativa prolungata psichiatrica, la pongo dalla data indicata dalla dr.ssa _____, psichiatra dell’A.: 20.01 2017 con valore del 30%, ma in seguito alle cure vi è stato un miglioramento che posso presumere a partire dalla fine di maggio (come confermato dall’A.) come da me ritrovato nel mio consulto. (...)” (doc. AI 47/168, punto C3). Questa valutazione non è stata contestata dalla psichiatra curante dr.ssa _____. Riguardo poi alla “personalità narcisistica” che, secondo la psicologa, ostacolerebbe la psicoterapia – “(...) Visto gli elementi caratteristici di personalità (Personalità narcisistica) che ostacolano in modo maggiore (grave) la psicoterapia (...)” (doc. AI 72/290) – , la dr.ssa Pozzi, nella succitata risposta al _____ del 16 luglio 2018 (doc. AI 84/321/322), ha osservato che “(...) a questo proposito, mi rifaccio al prof. _____, psicoanalista, psichiatra, mio maestro, che ha elaborato concetti e tecniche psicoterapeutiche per i pazienti affetti da gravi patologie psichiche oltre che con pazienti borderline (_____, da lui fondato, nonché scuola di psicoterapia breve integrata), che avrebbe considerato le caratteristiche di personalità dell’A. ininfluenti per il buon esito di una psicoterapia ben condotta. [...] E ciò che scrive la psicologa _____, mi pare una sentenza con condanna di non curabilità, che non corrisponde al vero, e a tal proposito non ritrovo nel dossier se è stato seguito ciò che ho scritto come indicazioni terapeutiche e se la psicoterapia con la sig. _____ sia stata effettuata. (...)” (doc. AI 84/321-322). Sempre la psicologa, nell’ “Anamnesi familiare”, rileva che “(...) l’assicurato lamenta tra i famigliari la presenza di Disturbo psichiatrico. Per motivi legati al suo funzionamento di personalità narcisistica l’Assicurato non poteva con facilità riportare una difettosità familiare. (...)” (doc. AI 72/289). Va qui evidenziato come già la dr.ssa _____, nel succitato rapporto medico del 1. giugno 2017 (doc. AI 39/105-109), nell’anamnesi aveva indicato “(...) Nessun precedente psichiatrico nel gentilizio. (...)” (doc. AI 39/106, punto 1.4) e che anche la dr.ssa _____, nel succitato consulto del 5 settembre 2017, ha confermato che “(...) per quanto riguarda la presenza di disturbi psichici in famiglia non vengono riferiti eventi patologici nel gentilizio (...)” (doc. AI 47/168, punto A1.1). Va inoltre rilevato che, nonostante l’avesse preavvisato, l’insorgente non ha più prodotto ulteriori referti della psicologa _____ (cfr. consid. 1.5), limitandosi a ribadire quanto riportato nel “Rapporto psicologico” del 14 maggio 2018 di quest’ultima. Quanto all’aspetto somatico questo Tribunale rileva che nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto 18 marzo 2018 del dr. _____, FMH in chirurgia e traumatologia, indirizzato all’avv. RA 1 (doc. AI 68/272-276) e a quello del dr. _____, FMH in oncologia, del 20 aprile 2018 (doc. AI 72/283-285). Infatti, riguardo ai succitati rapporti del dr. _____ e del dr. _____, i periti del _____, nel complemento del 7 novembre 2018 (doc. AI 84/317-320, riprodotto in esteso al consid. 2.5), hanno evidenziato come “(...) Il sopraccitato rapporto del Dr. med. A. _____ si sofferma sulle varie

patologie di cui soffre l'A. (anche quelle non oncologiche) e sulla perizia _____.

Pensa che sia da prendere in considerazione la revisione del grado d'incapacità lavorativa, in quanto i vari problemi di cui soffre l'A. si sommano al problema oncologico e rendono l'A. inabile al lavoro nella misura superiore al 50%. [...] Nel dossier abbiamo pure trovato anche una valutazione del chirurgo Prof. Dr. _____, inviata al legale dell'A. e datata 18.3.2018 (data corretta a penna). Si evince che si tratta di una valutazione sugli atti e si fa riferimento alla perizia _____. Il sopracitato chirurgo valuta un'incapacità lavorativa quantificata nella misura del 25%. Dice che metà del suo tempo dovrebbe essere impiegato a favore di un'istruzione per reinserimento e che nell'arco di 2-3 anni l'attività potrebbe essere aumentata ad un 50%, su tutto il "corso" della giornata. (...)” (doc. AI 84/317-318).

Ora, per quanto riguarda l'eventuale cumulabilità delle singole incapacità lavorative, occorre procedere ad una discussione plenaria come hanno fatto i periti del _____ . Secondo giurisprudenza, infatti, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012, STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15; STCA 32.2011.236 del 17 giugno 2013; nella STF 9C_262/2013 del 5 giugno 2013 il TF ha precisato che la valutazione globale delle patologie può anche essere effettuata per via di circolazione; nella STCA 32.2014.112 del 24 novembre 2014, cresciuta incontestata in giudicato, questa Corte ha avuto modo di considerare corretta una discussione plenaria eseguita dai periti del _____ per il tramite di teleconferenza; cfr. anche STCA 32.2012.55 del 29 gennaio 2015). In concreto – dopo aver evidenziato che: “(...) Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del _____ e tra il Dr. med. _____, Dr. med. _____, Dr.ssa med. _____ e Dr. med. _____ in data 16.11.2017 alle ore 11:30 tramite teleconferenza. (...)” (doc. AI 47/135) – , alla domanda: “(...) Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? (...)” (doc. AI 47/141, punto 9.1.3), i periti hanno così risposto: “(...) 50% dal marzo 2017 e continua (a 6 mesi dal termine della terapia oncologica). A causa del trattamento oncologico ha presentato una capacità lavorativa dello 0% in qualsiasi tipo di attività dal dicembre 2015 sino al febbraio 2017. Abbiamo integrato tra di loro le riduzioni della capacità lavorativa valutate dai vari consulenti. (...)” (doc. AI 47/141-142, la sottolineatura è del redattore). Il TCA, conformemente alla succitata giurisprudenza e ribadito che la valutazione è stata fatta dopo un'esauriente discussione plenaria tramite teleconferenza tra i periti del _____ e i consulenti intervenuti, non ravvisa alcuna valida ragione per scostarsi dalla valutazione globale del _____. Questo vale a maggior ragione visto anche che il dr. _____, nella risposta 25 settembre 2018 al _____ (ripresa dai periti nel complemento del 7 novembre 2018 sub doc. AI 84/317-320 e riprodotto in esteso al consid. 2.5), ha rilevato che “(...) da parte mia i documenti inviati non portano informazioni tali da modificare la mia valutazione oncologica. (...)” (doc. AI 84/326). Anche il dr. _____, nella risposta 6 luglio 2018 al _____ (ripresa dai periti nel complemento del 7 novembre 2018 sub doc. AI 84/317-320 e riprodotto in esteso al consid. 2.5), ha indicato che “(...) dopo aver letto il rapporto del Dr. _____ del 20.04.2018 nonché il rapporto del Prof. _____ del 18.03.2018 posso rispondere come segue: I due rapporti non apportano elementi nuovi da modificare la mia valutazione chirurgica del 31.08.2017. (...)” (doc. AI 84/324). Anche il dr. _____, nella risposta dell'11 ottobre 2018 al _____

(ripresa dai periti nel complemento del 7 novembre 2018 sub doc. AI 84/317-320 e riprodotto in esteso al consid. 2.5), ha concluso che “(...) dal rapporto del Dr. med. _____ non emergono nuovi aspetti per quanto riguarda il lato neurologico. [...] Dal rapporto del Prof Dr. med. _____ non emerge che vi sia un'incapacità neurologica legata alle parestesie e quindi anche in questo caso dal lato neurologico non emergono nuovi aspetti e non vedo necessità di rivedere la mia valutazione della capacità lavorativa dal lato neurologico. (...)” (doc. AI 84/325). Dal canto suo il reumatologo dr. _____, nella risposta del 27 agosto 2018 al _____ (ripresa dai periti nel complemento del 7 novembre 2018 sub doc. AI 84/317-320 e riprodotto in esteso al consid. 2.5) – va qui rilevato che per il solo fatto che questo specialista precisi di non aver ricevuto i succitati rapporti del 18 marzo 2018 del dr. _____ (doc. AI 68/272-276) e del 20 aprile 2018 del dr. _____ (doc. AI 72/283-285) (“(...) Sottolineo di non aver ricevuto questi certificati da visionare, ma da quanto è possibile leggere dalla tua lettera non vi sono sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico nuovi atti che comprovino un peggioramento del suo stato clinico. (...)” (doc. AI 84/323)) non è possibile concludere, come preteso dal ricorrente (cfr. I, pag. 4), per una chiara violazione del diritto di essere sentito ritenuto che non si tratta di rapporti di specialisti reumatologi – , ha concluso che “(...) non vedo perciò motivo per modificare le conclusioni alle quali ero giunto nella mia perizia reumatologica redatta il 20.07.2017. (...)” (doc. AI 84/323). Quanto alla “Lettera d’uscita provvisoria” del 26 ottobre 2018 dell’Ospedale _____ di _____, la stessa è stata sottoposta ai periti del _____ che hanno preso debitamente posizione nell’ulteriore complemento peritale del 28 gennaio 2019 (doc. 95/343, 95/344 e 95/345-346 riprodotti in esteso al consid. 2.5) dal quale questo Tribunale non ha alcun motivo di scostarsi. Infine, neppure è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo all’ulteriore rapporto del 19 luglio 2019 del dr. _____ indirizzato all’avv. RA 1 (doc. C). Al riguardo questo Tribunale può fare propria la valutazione del dr. _____ il quale, nell’annotazione del 17 ottobre 2019, ha concluso che “(...) si sottolinea che il Dr. med. _____ nella stesura del rapporto del 19.07.2019 si basa totalmente sulle informazioni retrospettive del suo rapporto del 18.03.2018 (che vengono ritrascritte integralmente alcune sue parti). Infine si attesta che il rapporto del Dr. med. _____ del 18.03.2019 [ndr. recte: 2018] è già stato ampiamente valutato dal _____ il 07.11.2018 su valutazione del Dr. med. _____ 27.08.2018, del chirurgo Dr. med. _____ il 06.07.2018, del neurologo _____ l’11.10.2018, dell’internista Dr. med. _____ il 25.09.2018 e della psichiatra Dr.ssa med. _____ il 16.07.2018. Per cui si conferma che il rapporto del Dr. med. _____ del 19.07.2019 non apporta alcun nuovo elemento medico che non sia già stato constatato e valutato dalle plurime valutazioni del _____ (a cui si rimanda). (...)” (XI/1). Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.3 e 2.6), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)”) – le valutazioni del _____,

avvallate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.5), vanno confermate. Stante quanto precede va quindi confermata la valutazione del dr. _____ che, nel rapporto finale SMR del 4 febbraio 2019 (doc. AI 96/350-354), ha indicato un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale dal 1. dicembre 2015 e in un'attività adeguata un'incapacità del "(...) 100% dal 01.12.2015, del 50% dal 01.03.2017 del 100% dal 14.10.2018 e del 50% dal 27.10.2018 (...)" (doc. AI 96/352) precisando, nelle "Osservazioni conclusive", che "(...) a causa del sopracitato ricovero l'A ha presentato una capacità lavorativa dello 0% in qualsiasi tipo di attività durante il ricovero (14-26.10.2018) ed in seguito durante 2 mesi dopo la dimissione. Al di fuori di questi periodi l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come manovale edile ed autista del 50% in attività adatte. (...)".

2.8. Quanto alla valutazione economica questo Tribunale rileva quanto segue. 2.8.1. Per quel che concerne il reddito da valido l'Ufficio AI, nell'annotazione 16 febbraio 2018, ha rilevato che: "(...) Dato che l'assicurato ha sempre guadagnato più di quanto indicato sul questionario del datore di lavoro come reddito da valido, per definire quest'ultimo si procede a media salariale degli ultimi 4 anni, secondo CI: 2011: CHF 70'467.-- 2012: CHF 72'628.-- 2013: CHF 71'880.-- 2014: CHF 72'932.-- Media: CHF 71'977.-- (reddito da valido) (...)" (doc. AI 56/246). Detto importo non è stato contestato dall'insorgente – "(...) in questa sede si precisa anzitutto che non si contesta l'importo di CHF 71'977.-- quale reddito senza limitazioni dovuto al danno alla salute. (...)" (I, punto 3, pag. 2) – e può essere fatto proprio dal TCA.

2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido – ricordato che per l'applicazione dei dati statistici 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) – vale quanto segue. 2.8.2.1. Utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2016 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (livello di qualifica 1) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 64'080.-- (5'340 x 12 mesi), che, aggiornato al 2017 e adattato al tempo lavorativo di 41,7 ore, dà un reddito di fr. 67'124.26 (64'080 : 104,1 x 104,6 : 40 x 41,7; cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2018, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; STF 8C_671/ 2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2).

2.8.2.2. 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 TF ha affermato che nella sua prassi

applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1).

2.8.2.3. Con il ricorso l'insorgente ha chiesto che la riduzione applicabile al reddito da invalido (riconosciuta dall'amministrazione nella misura del 10%) sia del 20% adducendo che "(...) – in primo luogo il fattore della scarsa scolarizzazione dell'assicurato, che è veramente limitata e che limita ulteriormente nella ricerca di una attività lavorativa, giustifica una ulteriore riduzione sul reddito da invalido nella misura del 5%; – in secondo luogo il fattore dell'età: l'assicurato, oltretutto straniero, ed oltretutto con conoscenze linguistiche e scolastiche molto limitate, è una persona di 58 anni, che è praticamente esclusa dal mondo del lavoro. Per una simile persona, tenuto conto anche delle sue gravi limitazioni fisiche e psichiche, e tenuto conto delle sue conoscenze scolastiche, linguistiche e professionali, un reinserimento nel mercato del lavoro appare essere molto problematico. In ogni caso molto più problematico di una persona di 35/40 anni. Si ritiene quindi per questo motivo che una ulteriore riduzione sul reddito da invalido nella misura del 5% sia giustificata. Del resto va detto che la parte resistente non ha minimamente discusso questi problemi ma si è limitata, in modo arbitrario ed in violazione del diritto di essere sentito, a basarsi sugli atti medici senza considerare gli altri fattori di riduzione, che in verità non ha nemmeno discusso. Si ritiene quindi che la riduzione sociale sul reddito da invalido sia da considerare nella misura del 20%. (...)" (I, punto 4, pag. 3). Il consulente in integrazione professionale che si è occupato del calcolo del grado di invalidità dell'assicurato ha debitamente spiegato il 16 febbraio 2018 (doc. AI 55/244-245) 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 che erano dati soltanto i presupposti per applicare una riduzione al reddito statistico del 10% per attività leggera. 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 tasso di occupazione parziale. Per ognuno di questi parametri il funzionario ha esposto la giurisprudenza resa sull'argomento, motivando sufficientemente le sue considerazioni al riguardo. Le limitazioni mediche stabilite dal dr. _____ nel rapporto finale SMR del 4 febbraio 2019 (doc. AI 96/350-354) concernono in sostanza il carico massimo (fino a 15 kg) stante la necessità di tenere conto che "(...) l'A. può svolgere un'attività fisicamente medio-leggera che – non implichi particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 kg, lavori prolungati in posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di elevazione ed estensione del tronco); – deve evitare attività che necessitano il dover salire e scendere le scale, il doversi inginocchiare, il dover camminare su terreni sconnessi; – inoltre l'A. deve evitare di alzare pesi e sforzare la parete addominale. (...)" (doc. AI 96/353), mentre non v'era la necessità di alternare la postura né

v'erano difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nemmeno la necessità di pause supplementari. D'avviso di questo Tribunale, l'elenco di attività leggere, semplici e ripetitive, che il 13 febbraio 2018 il consulente in integrazione professionale ha indicato nel suo "Rapporto finale SIP" (doc. AI 52/230-233), e meglio "(...) Potrebbero entrare in linea di conto: - venditore presso un do-it per il reparto edilizia autoveicoli – addetto a una pompa di benzina – aiuto magazziniere, senza dover alzare pesi oltre i 15 kg e rispettando le posizioni inergonomiche – sorvegliante – aiuto bidello addetto alla qualità in una catena di montaggio/azienda (...)" (doc. AI 52/232), alla luce delle condizioni di salute del ricorrente ovvero della sua capacità lavorativa residua del 50% (cfr. consid. 2.7), va considerato come sostenibile. In altre parole, le succitate limitazioni funzionali non sono di alcun ostacolo alla sua reintegrabilità nel mondo equilibrato del lavoro. Nessuna deduzione, quindi, è stata giustamente concessa per le limitazioni funzionali, visto che la limitazione del rendimento determinato in sede medica le tiene già in considerazione, poiché nel caso di specie la capacità lavorativa del 50% è da intendere quale riduzione del rendimento nell'ambito di una presenza durante tutto il giorno (cfr. rapporto finale SMR del 4 febbraio 2019 sub doc. AI 96/350-354 e la perizia del _____ laddove i periti, circa la capacità lavorativa espressa in percentuale e la necessità di pause supplementari, hanno precisato: "(...) Presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto del 50%. [...] sono già state conteggiate. (...)") (doc. AI 47/141 punti 9.1.2.1. e 9.1.2.3)). 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: " 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 TF 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 32.2019.118 del 27 aprile 2020; 32.2018.65 del 13 marzo 2019; 32.2018.51 dell'11 febbraio 2019; 32.2018.31 del 4 febbraio 2019; 32.2017.124 del 22 febbraio 2017; 32.2017.42 del 5 ottobre 2017; 32.2015.76 dell'8 marzo 2016 e 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." Anche la sua nazionalità non ha alcuna influenza, ritenuto che, come addotto nella risposta di causa e rimasto incontestato, "(...) l'assicurato lavora in Svizzera dal 1987 ed è divenuto cittadino svizzero. (...)" (IV, punto 4, pag. 3). Nemmeno ha difficoltà nel leggere e nello scrivere in lingua italiana e dopo le scuole dell'obbligo ha conseguito i rispettivi attestati frequentando per quattro anni la scuola di meccanico di auto e per due anni quella di autista professionale (cfr. il curriculum vitae sub doc. AI 9/38-43). Anche l'età non influisce sulle sue possibilità di trovare un lavoro adatto nel mercato del lavoro equilibrato, ritenuto che al momento dell'ultimo complemento peritale del _____ (28 gennaio 2019; doc. AI 95/345-346) l'insorgente aveva appena compiuto i 58 anni. La questione della messa in atto della capacità di lavoro rispettivamente della capacità residua di lavoro, in caso di età avanzata, si esamina al momento in cui l'esigibilità medica di una capacità di lavoro totale o parziale è constatata (DTF 138 V 457, STF 9C_88/2013 del 4 settembre 2013; STCA 32.2017.222 del 26 novembre 2018; STCA 32.2017.18 del 27 luglio 2017). Tutto ben considerato, il TCA ritiene che, da una valutazione complessiva, il tasso di deduzione del 10% sia adeguato e può pertanto confermare quanto addotto dall'amministrazione nella risposta di causa e meglio che "(...) in merito alle riduzioni al reddito da invalido si rileva che i motivi individuati da controparte a sostegno di una riduzione maggiore da applicare al reddito da invalido non sono giustificati: la bassa scolarizzazione o la lingua non hanno impedito all'assicurato di svolgere l'attività abituale per anni (va rilevato, inoltre che l'assicurato lavora in Svizzera dal 1987 ed è divenuto cittadino svizzero), né incidono sul reddito con invalidità. L'età di 58 anni al momento della decisione (assicurato del 1961) non è tale da ripercuotersi negativamente sul reddito d'invalidità (...)" (IV, punto 4, pag. 3). Visto tutto quanto suesposto e tenuto conto anche 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, 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale non ha quindi alcun motivo per scostarsi e può pertanto confermare la riduzione del 10% stabilita dall'Ufficio AI.

2.8.2.4. In conclusione, tenuto conto di un'incapacità lavorativa per motivi medici (flessione del rendimento) del 50% (cfr. consid. 2.7) e applicata una riduzione sociale del 10%, il reddito da invalido si attesta a fr. 30'205,91 (67'124.26 x 50% ridotti del 10%).

2.8.3. Confrontando il reddito da valido di fr. 71'977.-- (cfr. consid. 2.8.1) con quello da invalido di fr. 30'205,91 (cfr. consid. 2.8.2.4), si ottiene un grado d'invalidità del 58% ($[71'977 - 30'205,91] \times 100 : 71'977 = 58.03\%$ arrotondato al 58% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121) ed è quindi a giusta ragione che dal 1. giugno 2017 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute ex art. 88a OAI) l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una mezza rendita.

2.9. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso respinto.

2.10. 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 di 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.