

TI_GERICHTE 32.2019.137 vom 22. Mai 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-05-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.137

FR: TI_GERICHTE 32.2019.137 du 22 mai 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.137 del 22 maggio 2019

Erwägungen

E. 2

Cost. le parti hanno diritto di essere sentite. Per costante giurisprudenza (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008 consid. 4.2), dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 387, 127 V 219, 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 consid. 3.2 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; STCA 32.2018.3 del 30 gennaio 2019, consid. 2.1). Secondo il TCA, la decisione impugnata non è solo sufficientemente motivata ma è pure chiaramente comprensibile. In effetti, nella stessa, l'UAI ha indicato i motivi per cui ha ritenuto l'assicurato abile al 100% in attività sostitutive dal 15 novembre 2018, un reddito "da valido" di fr. 100'649.- e "da invalido" di fr. 53'719.- nel 2016 e, quindi, un grado di invalidità del 46.63% (cfr., in particolare, pag. 1 e 2 della motivazione della decisione avversata di cui al doc. 51 incarto AI). Nella risposta di causa del 25 luglio 2019 (doc. VII) l'Istituto resistente ha spiegato i motivi per cui l'istruttoria medica era da considerarsi completa, versando agli atti l'annotazione del 24 luglio 2019 del medico SMR, dr.ssa med. _____ (doc. IV-2) che ha confermato integralmente il rapporto finale del 25 febbraio 2019 (doc. 33 incarto AI). Del resto l'assicurato ha dimostrato di aver compreso la portata del provvedimento contestato ed i motivi per cui l'UAI ha ridotto la rendita di invalidità ad 1/4 di rendita dal 1° marzo 2019 (cfr. doc. I) sia con le osservazioni del 7 agosto 2019 (doc. VI). Ne consegue che, per questo aspetto, non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito di RI 1 e la censura sollevata al riguardo dal suo rappresentante va, pertanto, disattesa. nel merito 2.3. Il TCA è chiamato a stabilire se RI 1 ha diritto dopo il 28 febbraio 2019 ad 1/4 di rendita di invalidità, come stabilito dall'UAI oppure a 3/4 di rendita, come postulato con il ricorso. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi

che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (SCARTAZZINI, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'articolo 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA, 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità

di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall'allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5).

2.5. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative 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). 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). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65).

2.6. 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 (DTF 125

V 352 consid.

E. 3

e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine 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 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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). 2.7. Per quanto concerne l'aspetto medico, dalle tavole processuali emerge che l'amministrazione si è fondata sul rapporto finale del 25 febbraio 2019 del medico SMR, dr.ssa med. _____ (doc. 33 incarto AI) che, sulla base della documentazione medica agli atti, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " 1. Sindrome lombovertebrale e toraco-scapolo/-vertebrale cronica su: stato dopo intervento per ernia discale L3-L4 a dx nel giugno 2017 " e le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di " 2. Periartropatia omero-scapolare cronica. - Stato dopo ricostruzione della cuffia alla spalla sx circa 20 anni fa ed a dx circa cinque anni fa. -

Ecograficamente possibile lesione intratendinea del sovraspinato a dx.; 3. Rizartrosi a sx più che a dx.;

E. 4

Iperlipidemia trattata.; 5. Ipertrofia prostatica benigna; 6. Tachicardia da rientro del nodo atrioventricolare di tipo classico nota dal 2001 trattata con ablazione per radiofrequenza del circuito con interruzione della via lenta in marzo 2017; 7.st.d. frattura omerale 1995 risolta chirurgicamente con revisione e acromioplastica". La dr.ssa _____ ha ritenuto l'assicurato, nell'attività abituale (consulente vendita _____), totalmente inabile dal 21 giugno 2017 e abile al 50% dal 15 novembre 2018 e continua (con prognosi incerta/dubbia) e totalmente inabile in attività adeguate dal 21 giugno 2017 al 14 novembre 2018 ma abile al 100% in attività adeguate dal 15 novembre 2018 e continua (con prognosi favorevole; doc. 33, pag. 3 incarto AI). Il medico SMR ha poi stabilito l'esigibilità lavorativa (carico massimo: 5 kg; alternanza della postura al bisogno non inclusa; nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione; necessità di pause supplementari non inclusa: cfr. doc. 33, pag. 3 incarto AI). Nessuna revisione prevista a causa dell'età dell'assicurato (doc. 33, pag. 3 incarto AI). L'amministrazione si è fondata pure sull'annotazione del 7 maggio 2019, con cui il precitato medico SMR ha confermato il precedente parere (doc. 48 incarto AI). Davanti al TCA l'amministrazione ha versato agli atti l'annotazione del 24 luglio 2019 del medico SMR, dr.ssa med. _____ (doc. IV-2), la quale ha puntualizzato quanto segue: " (...) Ricordo come il Dr. _____ nella sua relata di visita del 03.11.2017 precisi: "All'esame clinico non vi sono elementi di gravità. La flessione del tronco è buona, il dolore si situa in sede paravertebrale destra, senza irradiazione radicolare. Procedere Si tratta di un dolore di chiara origine muscolare data la sua distribuzione. Per il dolore riterrei indicate delle sedute di mesoterapia. ... Il paziente verrà inoltre valutato nei prossimi giorni dal Dr. _____ per una problematica di spalla destra". Indirizza pertanto l'A alle cure del Dr. _____. Il reumatologo curante Dr. _____, nel suo rapporto medico del 11.01.2018 (ultima visita eseguita presso il Dr. _____ stesso), dopo aver evidenziato tutte le diagnosi di cui risulta affetto l'A, così come integralmente riportate nel rapporto medico finale SMR del 25.02.2019, postula: "Inabilità lavorativa Per quanto concerne l'incapacità lavorativa egli resta al momento ancora inabile al lavoro, sebbene a medio-lungo termine le sue patologie non dovrebbero essere ad origine di una prolungata incapacità lavorativa per lo svolgimento della sua professione fisicamente leggera (ricordo come egli lavori quale impiegato presso la _____ della _____ di _____). Si ricorda come l'A non abbia più necessitato dal 10.01.2018 di consulti specialistici e relativi provvedimenti prescritti dal Dr. _____, specialista presso il quale è stato in cura negli anni 2017-2018. L'ultimo atto medico a cui l'A è stato sottoposto è quello eseguito dal Dr. _____ - _____ - che procede, in data 19.04.2018 "sotto guida radioscopica a termocoagulazione con radiofrequenza continua ... dei rami mediali e dei nervi spinali L5-L4-L3 che innervano rispettivamente le articolazioni zigo-apofisaria L5-S1 ed L4-L5. Non si verificano complicanze durante la procedura. Ho spiegato al paziente un possibile iniziale e transitorio aggravamento dei dolori, mentre l'effetto analgesico del trattamento sarà da valutare ad una distanza di almeno 6 settimane". Dopo tale procedura l'A non ha più necessitato di provvedimenti medici anche da parte del _____. Il Dr. _____ nella sua relazione del 13.06.2018 attesta: "Visto che la situazione è comunque sopportabile ed i dolori sono al carico (il paziente, NdR) cercherà comunque di rinforzare in modo progressivo e cercare di compensare con il muscolo deltoide". Pertanto anche il Dr. _____ non effettua alcun provvedimento medico e

non prescrive alcun farmaco. Anche il Dr. _____, che non effettua alcun provvedimento medico e non prescrive alcun farmaco, consultato in data 15.11.2018 a proposito delle algie alla spalla Ds, consiglia "di proseguire con della fisiokinesiterapia e di valutare eventualmente dopo un mese-mese e mezzo l'evoluzione ed eventualmente decidere ulteriori passi se necessari". Da ultimo il Dr. _____ nella sua comunicazione del 03.12.2018 precisa: "Sottolineo di avere avuto occasione di visitare un'ultima volta il signor RI 1 il 10.01.2018. Non sono a conoscenza dell'ulteriore evoluzione avuta dai suoi problemi di salute nel corso dell'ultimo anno. Non sono neppure informato se egli abbia ripreso a lavorare o sia tuttora a casa in malattia. Come avevo avuto modo di precisare nella mia citata lettera del mese di gennaio ritengo che l'assicurato, per lo svolgimento della sua professione di impiegato presso la _____ di _____ debba essere considerato 50% abile al lavoro, almeno per quanto concerne le patologie ortopedico-reumatologiche. Non avendo più visitato l'assicurato non mi è però possibile esprimere una valutazione più precisa sulle sue attuali condizioni di salute". Nella redazione del rapporto medico del 25.02.2019 mi sono soffermata sugli atti medici all'incarto da cui emerge chiaramente una capacità lavorativa del 50% conservata quale consulente di vendita di biglietti ed addetto ai servizi presso la _____ di _____. Ne consegua che, in un'attività ancora più leggera in cui l'A possa cambiare la posizione molto spesso, possa godere di pause supplementari oltre a quelle normalmente permesse e con un carico massimo di 5 Kg, egli presenta una capacità lavorativa completa. Queste limitazioni erano da me puntualmente indicate nel rapporto finale SMR del 25.02.2019 per descrivere un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali. Sia in fase di osservazioni al progetto di decisione sia in fase di ricorso al TCA non è stata presentata alcuna nuova documentazione medica. In scienza e coscienza dopo ulteriore attenta rilettura della documentazione medica agli atti non posso che confermare quanto contenuto nel rapporto finale SMR del 25.02.2019 e quindi non si ritiene necessario l'espletamento di una perizia, così come richiesto da controparte" (doc. IV-2).

2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione - prima dell'emissione della decisione qui impugnata (in casu , il 22 maggio 2019) che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) - non ha motivo per scostarsi dal rapporto finale del 25 febbraio 2019 e dalle annotazioni del 7 maggio e del 24 luglio 2019 del medico SMR, dr.ssa med. _____. La valutazione del medico SMR è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al consid. 2.6. Il TCA constata, infatti, che il medico del SMR ha tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurato ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessato, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti. Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del medico del SMR, conforme agli articoli 59bis cpv. 2 LAI in relazione con l'art. 49 cpv. 1 OAI (cfr. STF 9C_404/2018 del 22 agosto 2018; DTF 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.4.). Giova qui infatti ricordare che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono

nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (vedi DTF 136 V 376 consid. 4.1; sentenze 9C_1001/2012 del 29 maggio 2013; 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010; 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Del resto, l'assicurato non ha prodotto, in sede ricorsuale, dei referti medico-specialistici in grado di smentire quanto valutato dal medico SMR. Inoltre, i certificati medici agli atti, non sono atti a sollevare dubbi - nemmeno lievi - circa la fedeltà della valutazione operata dal medico SMR), con espresso riguardo alla situazione clinica dell'assicurato, che è stata attentamente e dettagliatamente vagliata dal medico SMR, come pure dell'esigibilità posta da tale medico che peraltro vanta un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Le certificazioni mediche presenti nell'incarto non apportano peraltro nuovi elementi oggettivi ignorati dal medico dell'amministrazione, non si esprime in merito alla esigibilità lavorativa ed alla capacità lavorativa residua in attività adeguate e, da ultimo, non attesta alcuna inabilità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate. Inoltre lo stesso medico dell'amministrazione ha ritenuto l'attività abituale (consulente vendita _____) inesigibile al 100% dal 21 giugno 2017 e al 50% dal 15 novembre mentre ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100% in attività adeguate leggere dal 15 novembre 2018. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve concludere che quanto accertato dal medico del SMR in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato va tutelato. In questo contesto è comunque utile ricordare 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 (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati). Stante quanto precede, in summa, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal medico SMR. Per quanto concerne invece la critica mossa all'operato del medico SMR per aver formulato le proprie considerazioni solo basandosi sulla lettura degli atti, senza aver preso conoscenza della concreta situazione, giova qui ricordare che, di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è possibile se il medico dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (STCA 32.2017.27 dell'11 settembre 2017, consid. 2.7.1 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; STCA 35.2017.62 del 2 ottobre 2017, consid. 2.9 e rinvii giurisprudenziali ivi citati; 32.2019.63 del 27 aprile 2019, consid. 2.8 e rinvii giurisprudenziali ivi citati). Diversamente da quanto valutato dall'Alta Corte nella STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non vede nel caso concreto alcun motivo che possa impedire di fondare il proprio giudizio sulle risultanze mediche del SMR, la cui affidabilità e concludenza non è stata oggettivamente messa in dubbio da refertazioni specialistiche in grado di rimetterle in discussione (cfr. STF 9C_404/2018 del 22 agosto 2018)". In siffatte circostanze il Tribunale non condivide le critiche mosse dal rappresentante dell'assicurato all'operato

dell'amministrazione dal profilo medico, motivo per le quali tutte le censure sollevate al riguardo (in particolare, quelle secondo cui il suo assistito presenterebbe una capacità lavorativa residua del 50% anche in attività adeguate) sono respinte. È pure utile ricordare che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie - per lo meno, fino al 22 maggio 2019 - sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici specialistici. Va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.6). Alla luce di quanto sopra esposto e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 ha presentato/presenta, un'incapacità lavorativa, nell'attività abituale (consulente vendita _____), del 100% dal 21 giugno 2017 al 14 novembre 2018 e del 50% dal 15 novembre 2018 e continua rispettivamente, in un'attività adeguata (rispettosa delle limitazioni poste dal medico SMR), del 100% dal 21 giugno 2017 al 14 novembre 2018 e dello 0% dal 15 novembre 2018 e continua. Stante quanto precede la capacità lavorativa residua del ricorrente (0% in qualsiasi attività lavorativa dal 2 giugno 2017) è migliorata (50% nell'attività abituale e 100% in attività adeguate) a decorrere dal 15 novembre 2018.

2.9. Occorre ora esaminare se anche la capacità di guadagno dell'assicurato ha subito un miglioramento tale da giustificare una riduzione della rendita. Vengono considerati i dati del 2018, visto che il miglioramento dello stato di salute - e, di conseguenza, della capacità lavorativa residua - risale al 15 novembre 2018.

2.10. Per quanto concerne il reddito "da valido", l'UAI ha ritenuto che l'assicurato, in assenza del danno alla salute, nel 2016 avrebbe percepito un salario annuo lordo di fr. 100'649.- (doc. 51, pag. 3 incarto AI), sulla base di quanto indicato dal datore di lavoro nel mail del 20 marzo 2019 (doc. 39 incarto AI).

Nella decisione del 22 maggio 2019 (doc. 51 incarto AI), qui avversata, l'amministrazione ha, quindi, considerato un reddito "da valido" di fr. 100'649.- per il 2016. Tale modo di procedere non può essere tutelato. Nel caso di specie devono essere, infatti, considerati i dati del 2018 (cfr. consid. 2.9). Il datore di lavoro ha informato l'UAI che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe percepito nel 2018 un salario annuo lordo di fr. 98'726.- (cfr. mail del 20 marzo 2019 di cui al doc. 39 incarto AI). Il reddito "da valido" dell'assicurato è quindi fissato, per il 2018, in fr. 98'726.-. 2.11. Per quanto concerne il reddito "da invalido", l'UAI, ha ritenuto che l'assicurato, nel 2016 avrebbe percepito un salario annuo lordo di fr. 53'718.55, determinato in base alla TA1 2014, attività semplici e ripetitive, uomini, aggiornato al 2016, tenuto conto di una capacità lavorativa del 100%, applicando una decurtazione sociale del 20% (di cui 10% per attività leggere e 10% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari: doc. 38 e 51, pag. 4 incarto AI). Per calcolare il reddito "da invalido" nel 2016, l'amministrazione ha applicato la TA 1 2014, allorché il TF ha stabilito che vanno utilizzati i dati statistici più recenti disponibili al momento del rilascio della decisione su opposizione (in casu, 22 maggio 2019: doc. 51 incarto AI) e quindi, nel caso di specie, quelli del 2016 (cfr. DTF 143 V 295 consid. 4.1.7; STCA 35.2019.39 del 21 ottobre 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.81 del 27 aprile 2020, consid. 2.9). Inoltre, nel caso di specie devono essere considerati i dati del 2018 (cfr. consid. 2.9). Anche per questi aspetti, il modo di procedere dell'UAI non può, quindi, essere tutelato. Ora, utilizzando i dati forniti dalla tabella RSS 2016 TA 1, l'assicurato, svolgendo nel 2016 una professione che presuppone qualifiche inferiori (livello di qualifica 1) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'340. Riportando questo dato su 41.7 ore, esso ammonta a fr. 5'566.95 mensili oppure a fr. 66'803.40 per l'intero anno (fr. 5'566.95 x 12). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2017, un reddito annuo di fr. 67'070.61 (+ 0.4%) e, per il 2018, di fr. 67'405.96 (+ 0.5%; STCA 35.2019.60 del 23 agosto 2019, consid. 2.3.8; STCA 32.2019.81 del 27 aprile 2020, consid. 2.9). Questa Corte ritiene corretta, e può quindi fare propria, la riduzione sociale del 20% (che globalmente tiene ampiamente conto del danno alla salute dell'assicurato) riconosciuta dall'UAI (e, peraltro, non contestata dal rappresentante dell'insorgente) in considerazione delle particolarità del caso, tenuto anche conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, 132 V 393 consid. 3.3). Tenuto conto di una esigibilità lavorativa del 100% (e non del 50% come richiesto dal rappresentante dell'assicurato per i motivi già esposti al consid. 2.8) e di una deduzione sociale del 20% (fr. 67'405.96:100x20=fr. 13'481.19), si ottiene un reddito annuo di fr. 53'924.77 (ovvero fr. 67'405.96 - fr. 13'481.19). Il reddito "da invalido" dell'assicurato è quindi fissato, per il 2018, in fr. 53'924.77. 2.12. Confrontando ora il reddito "da invalido" di fr. 53'924.77 con il relativo reddito "da valido" di fr. 98'726.- si ottiene, a partire dal 15 novembre 2018, un grado d'invalidità del 45,37% $([98'726 - 53'924.77] \times 100 : 98'726)$ arrotondato al 45% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121, che permette l'erogazione di $\frac{1}{4}$ di rendita a decorrere dal 1° marzo 2019 (trascorsi da 3 mesi dall'oggettivo miglioramento della capacità di guadagno dell'assicurato, riconducibile all'aumento della capacità lavorativa residua dallo 0% al 100%, in attività adeguate, a far tempo dal 15 novembre 2018, ex art. 88a cpv. 1 OAI). 2.13. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata - mediante la quale l'UAI ha riconosciuto una rendita intera di

invalidità intera dal 1° giugno 2018 (alla scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 LAI), ridotta ad ¼ di rendita dal 1° marzo 2019 (trascorsi 3 mesi dall'oggettivo miglioramento dello stato di salute a partire dal 15 novembre 2018 ex art. 88a cpv. 1 OAI) - va confermata.

2.14. 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.