

TI_GERICHTE 32.2019.177 vom 30. August 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-08-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.177

FR: TI_GERICHTE 32.2019.177 du 30 août 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.177 del 30 agosto 2019

Regeste

Attribuzione di una rendita limitata nel tempo. La perizia psichiatra fatta allestire dall'Ufficio AI non era significativamente diversa da quanto certificato dallo psichiatra curante. Un dissenso puramente soggettivo nei confronti della perizia non è atta a metterla in dubbio. Riduzione 10% va bene

Erwägungen

E. 4

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

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

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

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

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

E. 4.2

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue

Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)”. Con la STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. In due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “resistenza alle terapie”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.6. Nel caso di specie, nel maggio 2015 l'assicurato ha chiesto all'Ufficio assicurazione invalidità di beneficiare di prestazioni a causa dell'allergia alla farina che aveva reso impossibile continuare l'attività di pizzaiolo. Raccolta la documentazione medica necessaria, dopo avere emanato un primo progetto di decisione di attribuzione di rendita temporanea, il dr. _____, specialista in psichiatria del Servizio Medico Regionale, preso atto del referto del collega dr. med. _____, che il 17 gennaio 2018 (doc. 71) ha diagnosticato una marcata sindrome da disadattamento con umore misto ansioso-depressivo (ICD-10: F43.23) e un disturbo di personalità misto con importanti tratti di discontrollo impulsivo (ICD-10: F61.0), che l'avevano reso inabile al 50% come cuoco-gerente dal 16 ottobre (giorno della sua presa a carico) al 14 novembre 2017 e poi al 100%, ha ritenuto opportuno sottoporlo a una perizia specialistica, che è stata affidata al _____. La perizia è stata allestita il 27 giugno 2018 (doc. 84), dopo che il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha avuto due colloqui il 19 e il 27 giugno 2018 della durata di 2h10 minuti il primo e di 25

minuti il secondo. Riassunti i certificati medici messi a sua disposizione dal 2004 al maggio 2018, il perito ha esposto l'anamnesi familiare, socio-relazionale, lavorativa, psicopatologica pregressa e disturbi attuali, la descrizione della giornata e il trattamento attuale. L'esperto ha poi riassunto l'esito dell'esame clinico secondo AMDP-System, della valutazione psicodiagnostica o psicometrica e della discussione diagnostica. Quale diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa ha posto un disturbo dell'adattamento reazione mista ansioso depressiva in fase di parziale remissione sintomatologica (F43.22). A ciò fa seguito la valutazione psichiatrica e medico-assicurativa, in cui lo psichiatra ha esposto la sintesi della storia personale professionale e sanitaria dell'assicurato e la descrizione della sua situazione psichica, sociale e medica attuale (a seguito della chiusura dell'attività lavorativa che gestiva da anni e in cui ha investito non solo tanto impegno ma anche tanti soldi, dal mese di ottobre 2017 l'assicurato ha presentato una reazione di disadattamento ansioso depressiva che era significativamente migliorata grazie anche all'intervento farmacologico e psicoterapico di supporto da parte dello psichiatra curante), la valutazione del percorso precedente di terapie, riabilitazione, provvedimenti di integrazione e discussione sulle possibilità di guarigione (la terapia impostata dal curante era adeguata al quadro clinico ed era utile che l'assicurato la continuasse, così come il supporto psicoterapico per favorire la remissione sintomatologica definitiva e una progettualità in termini lavorativi e familiari) e la valutazione della coerenza e plausibilità, non riscontrando discrepanze tra quanto soggettivamente riferito e quanto oggettivabile. Nel valutare e descrivere le risorse e i deficit secondo lo schema Mini ICF-APP, il perito ha indicato che il grado di disabilità era assente nel rispetto delle regole, nelle competenze, nel giudizio, nelle relazioni intime, nelle attività spontanee, nella cura di sé; il grado di disabilità era lieve-moderato nel contatto con gli altri e lieve nell'organizzazione dei compiti, nell'integrazione nel gruppo e nella mobilità; moderato nella flessibilità. In sostanza, dunque, l'assicurato presentava delle limitazioni significative, ma di grado al massimo lieve-moderato e ciò limitava la sua capacità lavorativa in ogni attività sul piano prettamente psichiatrico nella misura massima del 30%, da intendere come diminuzione del rendimento. La prognosi non era infausta, seppure dipendeva anche dalla potenziale risoluzione del problema economico e dall'uscita dell'interessato da una posizione rivendicativa nei confronti delle assicurazioni, vista la sua pretesa, avendo versato i relativi contributi, di avere diritto a un'invalidità per motivi allergologici, reumatologici e solo da ultimo psichiatrici. Nel rispondere ai quesiti peritali, lo psichiatra ha stabilito che da ottobre 2017 il disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso depressiva ha reso l'assicurato completamente inabile al lavoro, mentre a fronte di un miglioramento che appariva essere presente da almeno aprile 2018, il grado di capacità si assestava per motivi psichiatrici al 70% (diminuzione del rendimento). Il perito ha sottolineato che l'attività di gerente, svolta da ultimo, appariva ancora essere l'attività adeguata e il rivestire di nuovo tale ruolo non richiedeva una capacità di adattamento che appariva essere una delle dimensioni maggiormente inficiate dalla psicopatologia. Qualora non fosse stato possibile il reinserimento in questo ruolo ed attività, l'ambiente preferibile sarebbe stato quello accogliente e con basso livello di conflittualità. Il grado di capacità lavorativa stimabile era quindi sovrapponibile a quello in attività abituale. Il progetto di decisione che ne è scaturito l'11 settembre 2018 (doc. 85), che annullava e sostituiva quello di un anno prima, è stato oggetto di diverse contestazioni da parte dell'assicurato, che riteneva, invece, di essere totalmente inabile al lavoro come pizzaiolo e nell'attività abituale di cameriere/gerente per motivi psichici così come attestato mensilmente dal dr. med. _____. Il 3 giugno 2019

(doc. 101) il dr. med. _____ si è pronunciato sulle osservazioni dell'assicurato al progetto di decisione, ricordando che in passato aveva definito del 100% l'inabilità lavorativa come pizzaiolo anche a causa della problematica allergica, mentre come gerente/cameriere l'aveva ritenuto inabile al 30% solo per problemi psichiatrici. Quali limiti funzionali aveva indicato la mobilitazione di carichi di massimo 10kg, la possibilità di variare la postura, la necessità di pause supplementari, non assumere posizioni inergonomiche della colonna, non fare movimenti ripetuti e frequenti sopra il limite delle spalle, non svolgere attività su scale a pioli o ponteggi, ma lavori in ambienti privi di polvere e farina. Ricordata la diagnosi di disturbo dell'adattamento con reazione ansioso mista depressiva in fase di parziale remissione sintomatologica (ICD-10: F43.22), il trauma cervicale con ernia discale C5-C6 determinante importanti dolori cervicali e parestesie in territorio di C7 su discectomia e posizionamento di cage intersomatico e stabilizzazione con placche e viti a livello di C5-C6 e C6-C7 e gli episodi di angioedema ed eczema da contatto in soggetto allergico alla farina, il medico del Servizio Medico Regionale ha concluso che le diagnosi psichiatriche scaturivano da una valutazione peritale e che agli atti non era stata prodotta ulteriore documentazione medica che confutasse quanto valutato e descritto nella perizia psichiatrica e tanto meno era stato oggettivato uno stato clinico differente che potesse giustificare una mutazione della patologia. Pertanto, egli ha confermato le conclusioni del rapporto SMR del 2 luglio 2018 (doc. 83). Nel certificato del 17 maggio 2019 (doc. 106), prodotto all'Ufficio AI dall'assicurato il 5 giugno 2019, il dr. med. _____ ha attestato di seguirlo dal 16 ottobre 2017 per un marcato quadro misto ansioso-depressivo con umore deflesso. Lo psichiatra curante ha osservato che da mesi l'assicurato presentava un quadro misto ansioso-depressivo con carattere di ricorrenza (ICD-10: F33.0) e un disturbo di personalità misto con prevalenza di tratti impulsivi (ICD-10: F61.0) e negli ultimi colloqui ha manifestato in più occasioni un peggioramento del quadro psicopatologico. L'interessato era apparso anedonico, apatico, molto demotivato e sul piano emotivo arrabbiato, deluso, abbandonato e con poche speranze, molto ritirato, con sensi di colpa e un vissuto di inutilità. Notevole il vissuto di perdita e solitudine. Sul piano del pensiero appariva molto rimuginativo e negativo; erano emersi frequenti discontrolli emotivi e degli impulsi. Da tempo riportava idee di morte e celati pensieri suicidali. Indicata la terapia farmacologica in corso, lo specialista ha posto la diagnosi di sindrome depressiva di gravità lieve-media (ICD-10: F33.1) e di disturbo di personalità misto con tratti impulsivi (ICD-10: F61.0). Nella sua valutazione, il dr. med. _____ ha rilevato che la farmacoterapia aiutava l'assicurato a ritrovare ristoro notturno e sul piano sintomatologico v'era una notevole fluttuazione delle emozioni e del tono timico. La prognosi lavorativa era negativa. Sottoposto questo parere all'attenzione del Servizio Medico Regionale, l'11 giugno 2019 (doc. 108) il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è così pronunciato: " Ho confrontato l'attuale certificato del Dr. _____ del 17.05.2019 con lo status osservato in sede di perizia psichiatrica dal Dr. _____ nel giugno 2018: quanto allora descritto non è significativamente diverso da quanto ora certificato dal Dr. _____. La stessa diagnosi dello psichiatra curante di depressione ricorrente con episodio lieve (ICD 10: F33.0) poi modificata nella seconda pagina come episodio di gravità media (ICD 10 F33.1) rappresenta un diverso apprezzamento diagnostico del curante in assenza di uno status differente rispetto al giugno 2018. È, infatti, lo stesso curante a scrivere che l'assicurato presenta da mesi un quadro misto ansioso-depressivo in assenza di segni o sintomi di severità tale da giustificare limitazioni complete in ogni attività lavorativa. Non è apprezzabile pertanto alcuna

variazione nosografica rispetto alla diagnosi di disturbo dell'adattamento, reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 43.22) proposta dal perito psichiatra." Con il ricorso l'assicurato non ha prodotto nuovi mezzi di prova, malgrado li abbia preannunciati a seguito di nuovi esami medici. Egli si è limitato a sostenere, senza quindi suffragare la sua tesi da altri referti specialistici, che il suo stato di salute rispecchiava quanto accertato dal dr. med. _____ dal profilo psichiatrico e quindi che era da ritenere inabile al 100% in qualsiasi attività lavorativa. Tuttavia, a questo proposito la scrivente Corte rileva che il ricorrente è stato peritato dal dr. med. _____ in occasione di due colloqui avvenuti il 19 e il 27 giugno 2018, al termine dei quali ha concluso che l'assicurato era sì incapace al lavoro al 100%, ma solo come pizzaiolo, mentre in attività adeguate era abile al 100% con riduzione del rendimento del 30% da aprile 2018. Infatti, se anche il perito ha riconosciuto un'iniziale incapacità lavorativa totale data dalla reazione di disadattamento ansioso depressiva dovuta alla chiusura dell'attività lavorativa che per anni ha gestito e in cui ha investito ingenti capitali, la terapia farmacologica impostata dal dr. med. _____ e il supporto psicoterapico prestato gli sono stati di grande aiuto, essendoci stato un significativo miglioramento del quadro rispetto all'esordio. L'esperto ha riconosciuto che la terapia prescritta era adeguata al quadro clinico e che era utile la sua continuazione. Inoltre, lo psichiatra non ha rilevato discrepanze nel raccolto del ricorrente, con un quadro che appariva coerente. Non va poi dimenticato che al test della valutazione delle risorse il grado di disabilità è risultato sostanzialmente assente o lieve in alcune attività, perciò una limitazione della capacità lavorativa nella misura massima del 30% era realistica, come pure una prognosi favorevole vista la risoluzione della controversia con il proprietario del ristorante che sembrava imminente e tenuto pure conto dei problemi economici che forse si sarebbero risolti. Dalla valutazione psichica il dr. med. _____ ha ritenuto perciò il ricorrente sì totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività dalla manifestazione dei disturbi ansiosi nell'ottobre 2017, ma a fronte di un miglioramento che egli ha giudicato essere presente almeno da aprile 2018, e stante la stabilizzazione del quadro, la capacità lavorativa per motivi psichiatrici era del 70%, ossia del 100% con una riduzione del rendimento del 30%. Tali gradi valevano sia nel ruolo di gerente sia in altre attività adeguate. Il quadro psichiatrico illustrato dal dr. med. _____ un anno dopo, nel maggio 2019, secondo il quale negli ultimi mesi v'era stato un peggioramento del quadro psicopatologico che l'aveva portato a modificare la diagnosi iniziale in sindrome depressiva di gravità lieve-media e in disturbo di personalità misto con tratti impulsivi, è stato attentamente analizzato dal dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale. Quest'ultimo ha chiaramente affermato nel mese di giugno 2019 che quanto descritto dal perito psichiatra un anno prima non era significativamente diverso da quanto ora certificato dallo psichiatra curante, ritenuto come la diagnosi posta dal dr. _____ rappresentava un suo diverso apprezzamento diagnostico in assenza di uno status differente rispetto alla valutazione peritale di giugno 2018. A suo dire, non v'erano pertanto motivi per distanziarsi dalla diagnosi di disturbo dell'adattamento, reazione mista ansioso-depressiva proposta dal dr. med. _____. Queste spiegazioni vengono fatte proprie dalla scrivente Corte. In effetti, stanti queste chiare e dettagliate delucidazioni, che fanno riferimento a un diverso apprezzamento diagnostico da parte dello psichiatra curante rispetto alla valutazione resa dal perito psichiatra, la quale è risultata completa e ben motivata in tutti i suoi punti avendo illustrato in modo credibile lo stato psichico dell'assicurato dalla sua comparsa nell'ottobre 2017 alla perizia del giugno 2018, il TCA ritiene che non ci si debba scostare delle conclusioni tratte dal dr. med. _____ prima e dal dr. med. _____ poi. Non va

dimenticato che 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), perciò non v'è motivo di rimettere in discussione i risultati a cui sono giunti i medici interpellati dall'Ufficio assicurazione invalidità. Per quanto concerne l'aspetto somatico, il Tribunale evidenzia che il ricorrente stesso ha affermato che dopo avere cessato l'attività di pizzaiolo a causa dell'allergia alla farina, ha continuato a lavorare a metà tempo come gerente e cameriere. Pure il dr. med. _____ ha certificato il 15 novembre 2017 (doc. 64) che fino al 14 settembre 2016 l'assicurato è stato inabile al 100% e poi ha lavorato al 50% fino a quando è stato licenziato (31 marzo 2017). Inoltre, il suo medico curante ha precisato che l'inabilità lavorativa come cameriere-gerente era ancora, a quel momento, del 50% dal 15 settembre 2016 per i dolori a livello cervicale, della cintura scapolomeroale e per l'iposensibilità del dermatoma C7 a destra. Nelle sue annotazioni del 22 marzo 2018 (doc. 73) il dr. med. _____ ha ben spiegato che l'attività di pizzaiolo non era più esercitabile a causa dell'allergia alla farina e non potendo più utilizzare le braccia nell'espletamento delle funzioni di pizzaiolo a causa del trauma cervicale con ernia discale C5-C6 che determinava importanti dolori cervicali e parestesie in territorio di C7. Per contro, come gerente e come cameriere, l'assicurato continuava a essere abile al 100% in considerazione del fatto che per i lavori di gerenza non erano giustificabili limiti funzionali correlabili alla problematica cervicale e per il lavoro quale cameriere, che era svolto in maniera complementare a quello di gerente, l'assicurato aveva la possibilità di beneficiare di pause e tempi di recupero anche programmabili durante la giornata. Inoltre, i carichi mobilizzabili rimanevano sicuramente inferiori rispetto ai limiti valutati, non erano poi richiesti movimenti continuati e ripetuti al di sopra del limite delle spalle e neppure l'assunzione di posture non ergonomiche della colonna e del rachide cervicale. Pertanto, era esigibile in ragione del 100% lo svolgimento di un'attività adeguata con il rispetto dei limiti descritti nel rapporto finale del 27 luglio 2017 (doc. 49). D'avviso della scrivente Corte, le argomentazioni date dall'SMR sono convincenti e realistiche e sono confortate dal fatto che lo stesso assicurato, quando ha cessato l'attività il 31 marzo 2017, si è iscritto in disoccupazione a decorrere dal 1° aprile 2017 indicando di essere occupato al 50% come cameriere, ma di essere alla ricerca di un posto di lavoro a tempo pieno (doc. 2 dell'incarto disoccupazione). Questa analisi non è stata contraddetta dal ricorrente sulla base di certificati medici, ma solo adducendo motivi di carattere soggettivo. Tuttavia, un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione medica operata dall'Ufficio AI non è sufficiente per contrastare le conclusioni secondo cui dal 15 settembre 2016 il ricorrente risulta abile al 100% come gerente, cameriere e in altre attività adeguate nel rispetto dei citati limiti.

2.7. Occorre infatti evidenziare che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (fra le ultime, STCA 32.2019.60 del 3 marzo 2020; STCA 32.2018.78 del 14 aprile

2019; STCA 32.2017.211 del 25 ottobre 2018; STCA 32.2017.174 del 18 luglio 2018; STCA 32.2017.136 del 12 marzo 2018; STCA 32.2017.132 del 26 febbraio 2018; 32.2017.77 del 12 dicembre 2017; STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017; STCA 32.2017.62 del 26 ottobre 2017; STCA 32.2017.6 del 4 luglio 2017; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). 2.8. Da quanto precede discende che anche le conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale il 27 luglio 2017 e il 22 marzo 2018 in ambito somatico, ribadite nel rapporto SMR del 2 luglio 2018 e nelle annotazioni del 3 giugno 2019, che contestualmente analizzano l'aspetto psichico, sono convincenti e vanno fatte proprie da questo Tribunale, non essendo state sufficientemente contestate dal ricorrente che non ha suffragato la sua tesi con dei validi certificati medici che attestano una situazione clinica peggiore, ma che si è limitato ad osservare come anche la rinite, l'asma cronica e la dermatite acuta, oltre ai disturbi al rachide cervicale e lombare, gli impediscano di svolgere una qualsiasi attività lavorativa. In presenza di queste chiare e dettagliate spiegazioni, il TCA si allinea con serenità alle conclusioni tratte dal perito e dai medici del Servizio Medico Regionale, i quali hanno dunque esaminato attentamente le condizioni di salute dell'assicurato sia dal profilo somatico sia psichico, vagliandone l'anamnesi, tenendo conto dei dati soggettivi e dei riscontri oggettivi emersi dagli esami clinici e dalla documentazione medica raccolta e si sono ben confrontati con i pareri dei medici curanti agli atti. Da quanto precede discende che non è comprovata l'esistenza di una situazione più severa rispetto a quella ritenuta dal perito psichiatra dr. med. _____, che è stata confermata dal dr. med. _____ dell'SMR anche dopo valutazione del parere del dr. med. _____ del 17 maggio 2019. Il perito ha stabilito che dall'aprile 2018 l'abilità lavorativa dell'assicurato dal profilo psichiatrico era del 70% in attività adeguata stante una riduzione del rendimento del 30%, mentre dall'ottobre 2017 era nulla in considerazione dell'insorgenza delle patologie psichiatriche. Lo stesso vale dal profilo somatico, ritenuto che il dr. _____ del Servizio Medico Regionale ha chiaramente spiegato i motivi per cui l'assicurato risulta essere abile al 100% in attività adeguate come quella di cameriere e gerente, fermo restando determinati limiti funzionali. Di conseguenza, una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato di carattere multidisciplinare, così come da esso richiesta, non è dunque affatto necessaria. Infatti, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione a disposizione del TCA è chiara e sufficiente per l'evasione della presente causa, senza che sia quindi utile l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente l'allestimento di una perizia pluridisciplinare. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Alla luce di tutte queste

considerazioni vanno quindi confermate le conclusioni mediche a cui è giunto il 27 giugno 2018 il perito psichiatra e che sono poi state corroborate dal Servizio Medico Regionale il 2 luglio 2018, il 3 e l'11 giugno 2019. Pertanto, la capacità lavorativa dell'assicurato in attività adeguata è stabilita nel 50% dal 1° maggio 2015 fino al 5 maggio 2016, fatta salva una parentesi di inabilità lavorativa totale per un mese dal 28 dicembre 2015 al 31 gennaio 2016, nello 0% dal 6 maggio 2016 al 14 settembre 2016, nuovamente del 100% dal 15 settembre 2016 fino alla comparsa dei disturbi psichici che dal 1° ottobre 2017 hanno comportato una capacità lavorativa nulla fino al 1° aprile 2018, ossia da quando essa è migliorata e si è assestata al 70%, intesa come riduzione del rendimento. Come pizzaiolo, dopo un'iniziale capacità lavorativa come per le attività adeguate, dal 6 maggio 2015 è nulla. I gradi di inabilità lavorativa così determinati vanno dunque posti alla base del presente giudizio, tanto nell'attività di pizzaiolo quanto in attività adeguate, fra cui quelle da ultimo esercitate di gerente e cameriere. Non è data un'incapacità lavorativa maggiore. Non v'è dunque motivo di modificare le conclusioni tratte dall'SMR, visto che specifici, validi e più dettagliati pareri medici contrari, utili alla determinazione del grado di capacità lavorativa, non ne sono stati trasmessi pendente causa dal ricorrente.

2.9. Si tratta ora di valutare le conseguenze economiche del danno alla salute. L'insorgente non ha contestato, come tale, gli importi di partenza ritenuti a titolo di reddito da valido e di reddito da invalido. Egli non si è detto unicamente d'accordo con la riduzione del 10% per motivi personali, affermando che si dovrebbe adottare la riduzione massima del 25% o, almeno, quella del 20%. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il Tribunale federale ha affermato che nella sua prassi applica abitualmente alle deduzioni a titolo di circostanze particolari dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica, poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 l'Alta Corte ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete. Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nel suo atto ricorsuale l'assicurato ha chiesto di applicare una riduzione complessiva del 25%, poiché ha già compiuto 62 anni, è di nazionalità straniera, ha chiare

difficoltà di inserimento, ecc. Innanzitutto il TCA evidenzia che il ricorrente non è cittadino straniero, ma ha acquisito la nazionalità svizzera ben nel 2005. Per quanto concerne l'osservazione sull'età, va rilevato che la valorizzazione 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 consid. 3.3). Nel caso concreto, nel giugno 2018 l'assicurato aveva 60 anni e 8 mesi e quindi non aveva ancora raggiunto l'età (di 61 anni) a partire dalla quale la giurisprudenza considera generalmente che non esiste più la possibilità realistica di valorizzare la capacità residua di lavoro su un mercato del lavoro equilibrato (STF 9C_88/2013 del 4 settembre 2013 consid. 4.3; STF 9C_437/ 2008 del 19 marzo 2009 consid. 4.3; STF 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.3). Nella sentenza pubblicata in SVR 2019 IV Nr. 7, il Tribunale federale ha ricordato che l'età avanzata è un criterio che può incidere sullo sfruttamento della capacità lavorativa residua (cfr. consid. 3.2). In quel caso, nonostante l'età di 62 anni, l'accesso al mercato del lavoro nell'ambito di un'attività di pianista (da bar) oppure di un'attività leggera sino a medio-pesante non risultava di impedimento all'accesso al mercato del lavoro (cfr. consid. 5). La scrivente Corte osserva che, oltre a ciò, le limitazioni stabilite dall'SMR il 2 luglio 2018 concernono in sostanza (soltanto) il carico massimo (fino a 10kg), la possibilità di variare la postura, il non assumere posizioni non ergonomiche della colonna, l'evitare movimenti ripetuti e frequenti sopra il limite delle spalle a causa del trauma cervicale con ernia discale C5-C6. Non va dimenticato che il medico SMR ha ritenuto adeguate le attività di gerente e di cameriere che l'assicurato esercitava quando ha inoltrato la richiesta di prestazioni AI, fermo restando i limiti funzionali menzionati, perciò poteva continuare a svolgerle oppure dedicarsi ad altre attività in ambienti privi di farina. Inoltre, il consulente in integrazione professionale che si era occupato del calcolo del grado di invalidità dell'assicurato il 18 settembre 2017 (doc. 59) e il 6 novembre 2017 (doc. 58), come pure l'11 settembre 2018 (doc. 87) in occasione del nuovo progetto di decisione, ha nuovamente preso posizione l'11 giugno 2019 (doc. 109), dopo che già aveva spiegato quali fattori potevano entrare in linea di conto a titolo di riduzione per motivi personali. Esaminati singolarmente i fattori di riduzione ammessi dalla giurisprudenza federale, il consulente ha concluso che erano dati soltanto i presupposti per applicare una riduzione complessiva al reddito statistico del 10%, confermando quindi la sua precedente analisi della situazione dell'assicurata. Egli ha infatti ribadito che andava riconosciuto il 5% per attività di tipo leggero stante una caricabilità ridotta di al massimo 10kg e il 5% per altri fattori di riduzione. Il consulente ha ricordato che la capacità lavorativa residua valutata in sede medica teneva già in considerazione una riduzione del rendimento del 30%, pertanto egli non ha ritenuto di dovere applicare ulteriori riduzioni. Considerato inoltre che nel mercato del lavoro esistono delle attività compatibili con le limitazioni funzionali indicate dal Servizio Medico Regionale attinenti all'ambito lavorativo in cui il ricorrente ha esercitato per anni, lo specialista ha precisato che non ha reputato opportuno adottare ulteriori riduzioni né tanto meno la riduzione massima. A suo dire, non entravano quindi in considerazione ulteriori fattori di riduzione, quali l'età e gli anni di servizio, la limitazione della funzionalità, la nazionalità, il tasso di occupazione. Per ognuno di questi parametri il funzionario ha esposto la giurisprudenza resa sull'argomento, motivando sufficientemente le sue considerazioni al riguardo. Nessuna deduzione è stata giustamente concessa per le limitazioni funzionali, visto che la limitazione del rendimento determinata in sede medica (psichiatrica) le tiene già in considerazione, poiché nel caso di specie la capacità lavorativa del 70% è da intendere quale riduzione del rendimento del 30%

nell'ambito di una presenza durante tutto il giorno (cfr. rapporto finale SMR). Al riguardo, va evidenziato che alla luce di quanto sottolineato dall'Alta Corte nella STF 9C_359/2014 del 5 settembre 2014, la riduzione del rendimento non dà luogo ad un'ulteriore riduzione per motivi personali: " 5.4. En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références)". Anche nella STF 8C_163/2015 del 16 giugno 2015 il Tribunale federale ha ricordato che non è possibile, nel momento in cui si valuta l'entità della riduzione percentuale da applicare al reddito da invalido, tenere conto nuovamente della riduzione di rendimento già constatata a livello medico e inclusa nella valutazione della capacità lavorativa residua, onde evitare di prendere in considerazione due volte lo stesso punto di vista (STCA 32.2018.65 del 13 marzo 2019; STCA 32.2018.51 dell'11 febbraio 2019; STCA 32.2018.31 del 4 febbraio 2019; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2017; STCA 32.2017.42 del 5 ottobre 2017; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.130 del 24 settembre 2015). La nostra Massima Istanza ha espressamente indicato che: " (...) 3.2.2. Bestehen über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.5 mit Hinweisen). Allerdings ist zu beachten, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen können, weil damit ein- und derselbe Gesichtspunkt bei der Bestimmung des Invalideneinkommens doppelt angerechnet würde. Die Vorinstanz hat zutreffend erkannt, dass Dr. med. B. die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer anderen adaptierten Erwerbstätigkeit in der Bandbreite von 50 % - 70 % angab, wobei aus der (mehrfachen) Unterstreichung des höheren Niveaus (70 %) zu schliessen war, dass die Versicherte eher in diesem Umfang ohne Leistungseinschränkung arbeiten könnte. Unter diesen Umständen hat das kantonale Gericht zu Recht erkannt, dass kein triftiger Grund bestand, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen, zumal auch sonst kein abzugsbegründendes Merkmal gemäss BGE 126 V 75 vorlag, welches die Vorinstanz, auf deren Entscheid im Übrigen verwiesen wird, nicht berücksichtigt hätte". In virtù delle considerazioni esposte, tenuto conto che si l'età avanzata viene presa in considerazione allorquando si tratta di sapere se la capacità lavorativa residua può essere realisticamente sfruttata sul mercato equilibrato del lavoro (SVR 2016 IV Nr. 58 consid. 4.2.2), ma che il Tribunale federale ha posto delle esigenze relativamente alte per ammettere la non sfruttabilità della capacità di lavoro residua di persone di età avanzata (SVR 2016 IV Nr. 58 consid. 4.3.4), va dunque qui concluso che con una capacità di lavoro residua del 70% in attività adeguate, come anche quale cameriere e gerente, il ricorrente è reintegrabile in un mercato equilibrato del lavoro. Tutto ben considerato, il TCA ritiene che, da una valutazione complessiva, il tasso di deduzione del 10% sia adeguato e ciò tenendo anche conto delle limitazioni funzionali di carattere reumatologico e della capacità lavorativa residua in ambito psichiatrico. Non v'è quindi

alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza. 2.10. Per quanto concerne la fissazione dei gradi di invalidità operata dall'Ufficio assicurazione invalidità, sulla scorta delle motivazioni esposte si deve concludere che, senza che occorra riesaminare tutti i calcoli, d'altronde non contestati se non per la riduzione per motivi personali di cui si è appena detto, le percentuali stabilite vanno dunque confermate. Di conseguenza, è corretto che il grado del 54% dia diritto a una mezza rendita di invalidità a decorrere da un anno dopo l'insorgenza del danno (1° maggio 2015) fino a tre mesi dopo (31 luglio 2016) il momento in cui il suo stato di salute è peggiorato (art. 88a cpv. 2 OAI) tanto che la capacità lavorativa era nulla (6 maggio 2016). Da quel giorno (1° agosto 2016) e fino a tre mesi dopo il miglioramento (31 dicembre 2016) che l'ha portato a riacquistare la piena abilità lavorativa (15 settembre 2016), l'assicurato ha diritto a una rendita intera con grado AI del 100% (art. 88a cpv. 1 OAI). A causa della tardività dell'inoltro della domanda di prestazioni (maggio 2015), conformemente all'art. 29 cpv. 1 LAI la rendita viene però versata soltanto sei mesi dopo (1° novembre 2015). Giusta l'art. 29bis OAI, l'inabilità lavorativa del 100% per motivi psichici sorta al 1° ottobre 2017 non può invece dare luogo a una rendita di invalidità benché insorta nel susseguente periodo di tre anni dopo la soppressione della rendita giacché, come indicato correttamente dall'Ufficio AI, si tratta di un danno alla salute diverso (motivi psichici) da quello che ha dato origine alla mezza e alla rendita intera (motivi somatici). Di conseguenza, un eventuale nuovo diritto alla rendita AI per motivi psichici potrebbe nascere soltanto dal 1° ottobre 2018, dopo un anno di attesa dall'insorgenza del danno, ma dai calcoli effettuati dall'Ufficio AI, che il TCA non ha motivo di rivedere non essendo contestati se non per la riduzione per motivi personali di cui già si è detto, discende che l'assicurato non raggiunge un grado AI pensionabile, essendo la perdita di guadagno del 36%. Il ricorso deve pertanto essere respinto e la decisione di attribuzione di una rendita temporanea confermata. 2.11. 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.