

TI_GERICHTE 32.2021.72 vom 22. April 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-04-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.72

FR: TI_GERICHTE 32.2021.72 du 22 avril 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.72 del 22 aprile 2021

Volltext

Incarto n.32.2021.72

cr

Lugano

25 novembre 2021

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il vicepresidente

del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Raffaele Guffi

con redattrice:

Cinzia Raffa Somaini, vicecancelliera

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 25 maggio 2021 di

RI 1

contro

la decisione del 22 aprile 2021 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

considerato in diritto

in ordine

2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (cfr. pro multis STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 9C_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C_585/2014 dell'8 settembre 2015).

2.2. A norma dell'art. 6 cpv. 1 Lptca l'autorità amministrativa può, fino all'invio della sua risposta, riesaminare la decisione impugnata. Essa notifica immediatamente una nuova

decisione alle parti e la comunica al Tribunale (art. 6 cpv. 2 Lptca). Quest'ultimo continua la trattazione del ricorso in quanto non sia divenuto senza oggetto per effetto della nuova decisione. Se la stessa si fonda su elementi di fatto o di diritto notevolmente differenti, il Giudice delegato assegna al ricorrente un termine di 10 giorni per prendere posizione (art. 6 cpv. 3 Lptca). Questa norma ricalca sostanzialmente l'art. 53 cpv. 3 LPGa che prevede che l'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso.

Secondo dottrina e giurisprudenza, una decisione pendente lite mette fine alla vertenza (e costituisce quindi la base per lo stralcio dai ruoli della procedura ricorsuale; sul punto cfr. Bosshardt/Kölz/Röhl, Kommentar zum Verwaltungsrechts-pflegegesetz des Kantons Zürich, 1999, pag. 737) solo nella misura in cui corrisponde alle richieste del ricorrente. Il litigio sussiste quindi nella misura in cui la nuova decisione non regola tutte le questioni nei sensi voluti dall'insorgente; in tal caso l'autorità di ricorso deve entrare nel merito di quanto è rimasto indeciso, senza che l'insorgente debba impugnare il nuovo atto amministrativo (DTF 127 V 233 consid.2.b/bb/, 113 V 237; RCC 1992 pag. 123 consid. 5c; Kieser, ATSG Kommentar, 2010, ad. Art. 53 n. 47 pag. 682). Infatti la nuova decisione è considerata impugnata (mit angefochten) unitamente a quella contestata con il ricorso. Il giudice non può entrare nel merito di un ricorso nel frattempo inoltrato (a titolo cautelativo) contro la nuova decisione, ma deve considerarlo come proposta di giudizio (Pfleiderer in: Waldmann/Weissenberger (Hrsg.), VwVG Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2009, ad art. 58 n. 46, pag. 1172 con riferimenti dottrinali e giurisprudenziali; Schläuri, Die Neuverfügung lite pendente in der Rechtsprechung des EVG, in: Schaffauser/Schläuri (Hrsg.), Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, Schriftenreihe IRP-HSG, 2001, pagg. 193 e 210). Rimangono tuttavia riservate le situazioni soggette alla protezione della buona fede (in argomento: cfr. STF 9C_809/2013 del 31 gennaio 2013). Infine, nel caso di incertezze o insicurezze a sapere se le richieste ricorsuali corrispondano pienamente alla nuova decisione in modo tale da rendere priva di oggetto la procedura di ricorso, alle parti ai fini del loro diritto di essere sentito va concesso uno scambio di allegati (Pfleiderer, op. cit., ad art. 58 n. 48, pag. 1172 con riferimenti).

Nella fattispecie, la decisione resa pendente lite dall'Ufficio AI non mette fine alla vertenza in quanto non corrisponde pienamente alle richieste del ricorrente (cfr. supra consid. 1.3. e 1.4.), il quale chiede di potere continuare a beneficiare di una rendita intera anche dopo il 30 aprile 2021.

Il Tribunale deve pertanto entrare nel merito della lite, ritenuto che oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita dal 1° dicembre 2019 al 31 ottobre 2020 e una rendita intera dal 1° novembre 2020 al 30 aprile 2021.

nel merito

2.3. Giusta l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità si 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 quindi 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 (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI l'assicurato ha diritto ad una rendita se ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPG) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (e, per la lett. c, se al termine di questo anno è invalido [art. 8 LPG] almeno al 40%). Secondo il cpv. 2 del medesimo art. 28 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPG il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPG.

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TF ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che:

"() Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid.

4c in fine). ()" (STF I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2).

Secondo la giurisprudenza del TF 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 (STF I 441/99 del 18 ottobre 1999; STF I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che () il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). () (STF I 384/06 del 4 luglio 2007).

In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, **Le perizie nelle assicurazioni sociali** in: *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 p. 254-257).

Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità.

Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa:

"()

4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor

dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. () ■

In una sentenza 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.

Infine, in due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch).

Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una resistenza alle terapie, ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante

2.5. 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. 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 Sozialversicherungs-recht, 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).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, 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 psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la

cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.6. Nel caso di specie, al fine di accertare quale fosse la capacità lavorativa dell'assicurato, con rapporto intermedio del 28 giugno 2020 il dr. _____ del SMR ha ritenuto opportuno richiedere una valutazione EFL (cfr. doc. 34).

Nel rapporto di valutazione del 24 agosto 2020, eseguito presso la _____, dopo avere indicato la diagnosi principale di ■cervicalgia cronica e esauribilità stenica a carico dell'arto superiore sx di ACDF C5-C6 da sx (23.12.2018) per ernia discale deficitaria■ e, quali diagnosi secondarie, che ■per quanto riguarda il capitolo delle diagnosi secondarie rimandiamo agli atti AI ricevuti■ (cfr. doc. 41 pag. 2), il medico EFL dr. _____ e la terapeuta _____, hanno formulato le seguenti ■conclusioni e proposte■:

Nella valutazione medica allegata al rapporto di valutazione delle capacità funzionali, il medico EFL dr. _____, posta la diagnosi principale di ■cervicalgia cronica e esauribilità stenica a carico dell'arto superiore sx di ACDF C5-C6 da sx (23.12.2018) per ernia discale deficitaria■, ha rilevato che ■capisco e convengo che il paziente avrebbe incontrato difficoltà nel continuare l'attività di pompiere macchinista, vuoi per la sua attuale forza e resistenza globale, sia per la limitata endurance e infine per la sicurezza nei momenti di intervento■, concludendo che ■dopo avere discusso i risultati dei test EFL con la terapeuta ritengo che il paziente possa comunque aspirare ad un reinserimento professionale a tempo pieno, nel rispetto dei suoi limiti, come da nostre conclusioni e se possibile, considerando la sua esperienza lavorativa, rimanendo presso le _____■. Egli ha aggiunto che ■pur lasciando al vostro servizio medico e al medico trattante del paziente le decisioni in merito, un programma fisioterapico di riallenamento e apprendimento di corretti skill ergonomici di lavoro potrebbe aiutare a meglio inserirsi in un lavoro futuro■ (cfr. 41 doc. pag. 6)

Con rapporto finale del 10 settembre 2020 il dr. _____ del SMR, posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di ■cervicalgia cronica ed esauribilità stenica a carico dell'arto superiore sx di SCDF C5-C6 da sx (23.12.2018) per ernia discale deficitaria■ e, quale diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, quella di ■stato dopo trauma lombare 2010 (_____)■, ha considerato l'assicurato definitivamente inabile al lavoro al 100% a partire dal 12 dicembre 2018 nell'attività abituale di _____.

Quanto alla possibilità per l'interessato di svolgere altre attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, il dr. _____ del SMR ha posto una piena abilità lavorativa dal 27 luglio 2020, momento della valutazione EFL (doc. 43).

Ricevuta notizia dell'insorgenza di una problematica psichiatrica, l'Ufficio AI ha chiesto alla curante dell'interessato, dr.ssa _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, di compilare l'usuale formulario ■rapporto medico■.

Una volta in possesso di quanto richiesto (cfr. doc. 56), il dr. _____ del SMR ha interpellato la dr.ssa _____, chiedendole di fornire ■un breve aggiornamento nel caso del signor RI 1. In particolare le chiedo di indicarmi a partire da quando il signor RI 1

potrebbe iniziare un inserimento lavorativo in attività adatta dal punto di vista somatico e in quale misura (cfr. doc. 58).

Con scritto del 21 dicembre 2020, la dr.ssa _____ ha risposto:

L'Ufficio AI ha pure appreso che l'assicurato è stato vittima in data 25 agosto 2020 di un nuovo infortunio, che ha comportato una totale incapacità lavorativa dal 26 agosto 2020 all'11 ottobre 2020 (cfr. doc. 57).

Con ulteriore rapporto finale dell'11 gennaio 2021, il dr. _____ del SMR ha reputato l'interessato totalmente inabile al lavoro dal 12 dicembre 2018 nell'abituale attività di _____, ma pienamente abile al lavoro in attività adeguate rispettose delle sue limitazioni funzionali, a decorrere dal mese di gennaio 2021 (rapporto della dr.ssa _____) (cfr. doc. 60)

2.8. Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale ritiene che, senza che prima venga completata l'istruttoria dal profilo medico - chiarendo in particolare quali siano le patologie che affliggono l'assicurato e che impatto abbiano le stesse sulla sua capacità lavorativa residua in attività adeguate - non sia possibile esprimersi, con sufficiente tranquillità, a proposito della correttezza della valutazione medica SMR posta a fondamento della decisione impugnata.

Nel rapporto finale SMR dell'11 gennaio 2021, il dr. _____ del SMR ha considerato l'assicurato totalmente inabile al lavoro nell'usuale professione di _____ ■ circostanza questa incontestata tra le parti - ma ancora pienamente abile al lavoro nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle limitazioni funzionali indicate nella valutazione EFL del 24 agosto 2020, tenendo essenzialmente conto, dal profilo somatico, unicamente delle ripercussioni derivanti dall'intervento per ernia discale deficitaria a livello C5-C6 del 23 dicembre 2018.

2.9. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (■Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen■; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione (■Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist■; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016).

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.8., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti medici necessari al fine di chiarire quale sia lo stato di salute dell'interessato e le ripercussioni dello stesso sulla sua capacità lavorativa residua.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

§ La decisione impugnata è annullata.

§§ Gli atti sono rinviati all'amministrazione affinché proceda come indicato ai considerandi 2.8. e 2.9. e si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato, fermo restando il diritto di quest'ultimo a $\frac{3}{4}$ di rendita di invalidità dal 1° dicembre 2019 (con versamento effettivo solo dal 1° giugno 2020 a causa della tardività della presentazione della richiesta di prestazioni) al 31 ottobre 2020 e ad una rendita intera di invalidità dal 1° novembre 2020 al 30 aprile 2021.

2. Le spese di fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI, che rifonderà al ricorrente fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili (IVA inclusa).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il vicepresidente

giudice Raffaele Guffi

Il segretario di Camera

Gianluca Menghetti

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