

TI_GERICHTE 32.2022.24 vom 15. März 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-03-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.24

FR: TI_GERICHTE 32.2022.24 du 15 mars 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.24 del 15 marzo 2022

Regeste

Rendita temporanea. Confermata la valutazione medico-teorica del SMR. Conferma del grado d'invalidità

Erwägungen

E. 39

cpv. 1 LPGA, applicabile anche nella procedura ricorsuale a seguito del rinvio di cui all'art. 60 cpv. 2 LPGA). Un invio raccomandato è reputato notificato al momento in cui il destinatario l'ha ricevuto. Generalmente un secondo invio e la susseguente ricezione non modificano tale risultato; essi sono giuridicamente irrilevanti (DTF 119 V 94 così. 4b/aa con riferimenti). Eccezione va fatta nel caso in cui l'autorità notifica di nuovo, senza riserve, una decisione contenente un'indicazione del rimedio giuridico prima che sia scaduto il termine originario. In questa evenienza, il termine di ricorso è calcolato a partire dalla seconda notificazione, sempreché siano adempiute le condizioni relative all'applicazione del principio costituzionale della protezione della buona fede (cfr. STF 9C_102/2016 del 21 marzo 2016 consid. 2; STF I 366/04 del 27 aprile 2005; DTF 115 Ia 18 consid. 4). La finzione di notifica vale, tuttavia, nell'ipotesi in cui il soggetto di diritto debba ragionevolmente attendersi, secondo il principio della buona fede, l'intimazione di un atto (cfr. DTF 134 V 52). Pertanto chi si assenta, pendente una procedura, dal proprio domicilio deve fare in modo che gli atti connessi possano essergli agevolmente notificati, comunicando correttamente e tempestivamente il suo nuovo recapito (cfr. STF 9C_667/2019 del 7 gennaio 2020; STF 8C_53/2017 del 2 marzo 2017 consid. 4.2.; DTF 127 I 31 consid. 2; DTF 119 V 94 consid. 4b/aa; DTF 117 V 132 consid. 4a; DTF 116 Ia 92 consid. 2a; STFA H 61/00 del 9 agosto 2001). Infine, secondo la giurisprudenza, l'onere della prova dell'avvenuta notifica di una decisione incombe all'autorità amministrativa (DTF 115 V 113 con riferimenti). Qualora la notifica o la relativa data siano contestate, in caso di dubbio fa stato la versione fornita dal destinatario (DTF 103 V 66 consid. 2a). Nel caso in esame, il legale dell'insorgente sostiene che il suo cliente ha ricevuto la decisione 15 marzo 2022, inviata per posta semplice, il giorno successivo. Considerate le ferie giudiziarie pasquali, rileva che il termine di 30 giorni per inoltrare ricorso scadeva il 30 aprile 2022 (sabato) e visto che il 1° maggio 2022 era una domenica (oltre ad essere festivo), il termine di scadenza veniva riportato al primo giorno feriale successivo, ossia il 2 maggio 2022, motivo per cui il ricorso è tempestivo. Con la risposta di causa, l'Ufficio AI ha fatto presente di non essere in grado di accertare la data di ricezione da parte dell'assicurato della decisione contestata perché inviata per posta semplice. Viste le ferie giudiziali, ritiene comunque che il ricorso dovrebbe essere tempestivo. Siccome non vi sono motivi per dubitare della versione del ricorrente, la decisione contestata è da ritenere notificata il giorno successivo all'emissione (16 marzo 2022), motivo per cui il termine

ricorsuale decorreva dal 17 marzo 2022 (art. 38 cpv. 1 LPGA). Tenuto conto del termine di ricorso di 30 giorni dalla notifica del provvedimento impugnato (art. 60 cpv.1 LPGA), nonché delle ferie giudiziarie di Pasqua (art. 38 cpv. 4 lett. a LPGA), il termine scadeva sabato 30 aprile 2022. Prolungato al successivo giorno feriale, il termine per ricorrere scadeva il 2 maggio 2022, giorno in cui il ricorso è stato consegnato all'ufficio postale (vedi etichetta postale, cfr. art. 39 cpv. 1 LPGA di cui al rinvio dell'art. 60 cpv. 1 LPGA). Ne consegue che il ricorso è tempestivo. nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a ragione o meno l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato una rendita intera dal 1° febbraio 2021, ridotta a mezza rendita dal 1° ottobre 2021. Va qui rilevato che il 1° gennaio 2022 è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). Per la disamina del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza, di norma, occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1, pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329). Tornando alla modifica legislativa di cui sopra, si rileva che il calcolo delle rendite, il cui diritto era sorto sotto l'egida del precedente sistema, viene effettuato secondo il nuovo sistema se nell'ambito di una revisione il grado d'invalidità subisce una modificazione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA (ossia di almeno 5% o un aumento fino al 100%) e l'assicurato, al momento dell'entrata in vigore della modifica legislativa di cui sopra, non aveva ancora compiuto 55 anni (Disposizione transitoria lett. b cpv. 1 della modifica del 19 giugno 2020 (Ulteriore sviluppo dell'AI); cfr. anche Moser, Die Weiterentwicklung der Invalidenvorsorge in der Ersten und Zweiten Säule - «stufenloses» Rentensystem, vorsorgliche Leistungseinstellung, in: BVG-Tagung 2022 Aktuelle Fragen der beruflichen Vorsorge, pag. 7). In tal senso il marg. 9201 CIRAI (Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità, valida dal 1° gennaio 2022) prevede che “le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 non hanno ancora compiuto 55 anni (persone nate negli anni dal 1967 al 2003) sono trasferite nel nuovo sistema di rendite lineare (art. 28b LAI), se sono adempiute le condizioni di cui all'articolo 17 LPGA (modificazione del grado d'invalidità di almeno 5 punti percentuali)”. Infine, secondo il marg. no. 9102 CIRAI in merito alla determinazione del diritto applicabile nel caso di prima concessione di rendite con quote decrescenti o a tempo determinato e casi di revisione, prevede “che se la modifica determinante avviene prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. Se la modifica determinante avviene dopo il 31 dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica determinante è determinata secondo l'articolo 88a OAI (v. N. 5500 segg.)”. Nel caso concreto, siccome a seguito della decisione contestata, il diritto alla rendita e la relativa modifica (riduzione) sono sorti prima del 1° gennaio 2022, determinante è il diritto in vigore sino al 31 dicembre 2021, benché al momento della modifica legislativa l'assicurato (classe 1978) non aveva ancora compiuto 55 anni (cfr. Moser, op. cit., pag. 8).

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, 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 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). 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%. 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) 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 ch'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 p. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.4. Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGGA (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 LPGGA 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.

E. 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. 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 Plädoyer 1/06, pag. 64-65). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). 2.5. Nel caso concreto, dopo le osservazioni 25 maggio 2021 al progetto di decisione 10 maggio 2021 (doc. 100), l'assicurato ha prodotto nuovi atti medici (doc. 101) che sono stati valutati dal SMR. Con rapporto 9 agosto 2021 il medico SMR dr. med. Andreoli ha così riassunto la situazione medica: "(...) Aiuto cuoco, ora iscritto presso URC al 100% Esaustiva documentazione a dossier sia specialistica che da parte dr. _____ medico fiduciario del 1.7.2020 per IPG malattia. Situazione stabile dal lato puramente medico in trattamento conservativo (solo in parte palliativo) e che del ulteriore decorso si dovrà affrontare in modo chirurgico in base al decorso futuro. L'attuale attività resterà comunque controindicata in giustificata inabilità lavorativa totale mentre attività adeguate sono considerate esigibili nella forma subtotale per presenza di limitazioni per algie residuali. Dopo osservazioni al progetto AI e considerando le osservazioni esaustive del dr. _____ si reputa adeguato giustificare (considerando ulteriori patologie limitanti quali quadro retinico oculare compromesso, sindrome dello stretto toracico bilaterale e componente psichica ansiosa) una limitazione del 50% anche in attività adeguate

ergonomicamente. Si ricorda inoltre che dalla nuova doc. il paziente è sottoposto ad infiltrazione cervicale alla _____ di _____ ad inizio giugno 2021. (...)” (pag. 375 inc. AI) Egli ha poi posto le seguenti diagnosi: " (...) 2.1 Diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa (CL) Cod.infermità: 736 Danno funz.: 10 Canale cervicale stretto, mielopatia cervicale Sindrome di impingement spalla destra con possibile lesione cuffia dei rotatori Diabete mellito I in trattamento con pompa a insulina retinopatia OS con distacco retinico su lacerazione retinica gigante (con stato da vitrectomia all'occhio sinistro ed endolaser praticato il 06.5.2021) e retinopatia non proliferante moderata, l'acuità visiva OS è ridotta a 0,32 senza correzione 2.2 Diagnosi senza ripercussione sulla CL Sindrome dello stretto toracico bilaterale Fibromialgia Sindrome ansiosa (...)” (pag. 376 inc. AI) Quale limitazioni funzionali il medico SMR ha evidenziato: " (...) 3.1. Limitazioni funzionali a) Carico max. Kg o Nessuna limitazione > 5 Kg b) Alternazione della postura al bisogno o No > Sì > Inclusa o Non inclusa c) Difficoltà nello svolgere lavori di precisione > No o Sì o Inclusa o Non inclusa d) Necessità di pause supplementari > No o Sì o Inclusa o Non inclusa 3.2. Ulteriori limiti e/o risorse Non dover costantemente restare con il capo rivolto verso l'alto (oggetti in altezza) Non dover sollevare pesi > 5kg oltre l'orizzontale Non dover effettuare attività con turni lavorativi notturni in possibilità di mangiare al bisogno Non poter guidare veicoli professionali per trasporto di persone (...)” (pag. 377 inc. AI) Egli ha concluso per una totale inabilità nell'abituale attività dal 26 febbraio 2020, ritenendo tuttavia data dal 14 giugno 2021 (giorno del rapporto del dr. med. _____) un'abilità del 50% in attività adeguate (doc. 113). Con annotazioni 10 dicembre 2021 il SMR ha valutato il nuovo rapporto 6 dicembre 2021 del dr. med. _____, Caposervizio del Servizio di Neurologia all'Ospedale _____ di _____, nonché le convocazioni per l'esecuzione di una RM e ENMG, concludendo: " (...) La nuova documentazione inviata in fase di opposizione permette di considerare uno stato neurologico con irradiazione periferica in fase di accertamenti e a fine di gennaio 2022 dopo esame di TAC evt. proposizione di intervento decompressivo se del caso. In considerazione delle limitazioni già espresse nel RAF si considera l'Ato limitato al 50% in attività ergonomicamente adeguate e leggere (vedi RAF de 19.8.2021) per cui queste limitazioni restano ancora per noi vincolanti. Ovviamente si potrà rientrare in materia in caso di trattamento chirurgico decompressivo cervicale. (...)” (pag. 406 inc. AI) Con il presente ricorso l'assicurato contesta la succitata valutazione, in particolare per quel che concerne il miglioramento della capacità lavorativa. 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la

descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (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). Inoltre, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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 LPGa - 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-assicurati-ve, 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 (v. sentenza 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). 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 poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurato è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI, non ha motivo per mettere in dubbio i rapporti del medico SMR, il quale ha considerato tutta la documentazione presente nel dossier. L'insorgente non ha del resto prodotto atti medici che permettono di discostarsi dalle conclusioni a cui il citato sanitario è giunto. Il riferimento al rapporto 14 giugno 2021 del dr. med. _____ fatto dal ricorrente non modifica la valutazione della capacità lavorativa posta dal SMR. In primis il medico curante endocrinologo rileva che “ la coesistenza di molteplici patologie mal compensate allo stato attuale non permettono al paziente di disporre di un'energia psicofisica tale da poter affrontare in ragione dell'80% attività adeguate allo stato attuale e rispettose di tutte le limitazioni funzionali ”, elencando le note patologie somatiche. A

mente del TCA, contrariamente a quanto sostiene il ricorrente, ciò non vuol dire che “nei fatti è abile al lavoro in misura sostanzialmente non superiore al 20%”. Secondo questa Corte il medico ha semplicemente escluso che il paziente, per motivi psicofisici, possa svolgere un’attività adeguata all’80% e nient’altro. Il dr. med. _____ ha in seguito concluso che il paziente è limitato in ragione del 100% in qualità di aiuto-cuoco/lavapiatti. Egli ha poi specificato che “allo stato attuale è limitato oltre il 50% in attività che comporti sforzi fisici in cui è impiegata in particolare la muscolatura della colonna vertebrale; in attività fisiche ripetitive anche se non comportano sollevamento di pesi oltre i 5 kg; attività che comportino assunzione di posizioni prolungate del corpo senza potersi muovere, impiego costante di forza muscolare sia a livello delle membra superiori che inferiori; attività d’ufficio o altro tipo di attività sedentaria in cui egli non possa adattare posizioni corporee e ritmo di lavoro secondo la sintomatologia algica e parestetica”. Secondo il medico queste limitazioni derivano in primo luogo dalla sindrome del canale cervicale stretto. Egli ha poi escluso che il paziente, causa insulinoterapia intensiva in atto, possa svolgere professioni in qualità di conducente di veicoli a motore, come pure attività professionali che comportano esercizio su impalcature, questo a causa del rischio di ipoglicemie” (doc. 105). Certo, il dr. med. _____ ha valutato in oltre il 50% l’incapacità lavorativa nelle summenzionate attività qualora non fossero rispettate le limitazioni esposte, senza aver specificato esattamente la percentuale di quelle adeguate. Tuttavia, secondo il TCA, può essere data adesione al SMR, il quale, come visto, nelle annotazioni 9 agosto 2021 ha valutato un’abilità del 50% in attività adeguate. In tale senso va poi fatto presente che, come si evince dallo scritto 26 ottobre 2021, _____, quale assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia, ha ritenuto l’assicurato totalmente inabile quale cuoco, ma abile in attività adeguata al 50% dal 14 giugno 2021, con versamento di un’indennità giornaliera del 42% (doc. 120). Non risulta e tantomeno è stato fatto valere che la decisione dell’assicurazione perdita di guadagno sia stata contestata. Inoltre, dal 15 marzo 2022 l’assicurato ha iniziato un’attività al 50% quale addetto alla manutenzione (cfr. contratto allegato alla risposta di causa), ulteriore motivo, questo, per ritenerlo abile al 50% in attività adeguate. Del resto, il ricorrente non ha sollevato alcuna obiezione circa l’effettiva esigibilità della nuova attività. Come detto, l’assicurato non può più svolgere la sua precedente attività, come confermato anche dal rapporto 1° luglio 2020 del dr. med. _____ alla _____, secondo cui l’assicurato “... è da ritenere inabile al lavoro nella misura del 100% senz’altro a lungo termine; una prima rivalutazione neurochirurgica non è prevista prima inizio di settembre 2020, dopo sarà molto probabilmente operato con prognosi post-operatoria di circa 3 mesi. Successivamente sarà probabilmente rivalutata anche la situazione alla spalla “(doc. 106); suddetto intervento operatorio non è tuttavia avvenuto. Il dr. med. _____ non si è comunque espresso sull’esigibilità in attività adeguate. L’assicurato sostiene come l’aspetto ansioso non sia stato indagato dall’amministrazione. Ora, a parte il suevoco riferimento fatto dal dr. med. _____ in merito all’energia psicofisica, dagli atti non risulta che l’assicurato soffra di una patologia extrasomatica, tantomeno di natura invalidante da indagare. Non risulta infatti che l’assicurato sia in cura psichiatrica, né che benefici di un accompagnamento psicologico, motivo per cui non è necessario procedere ad approfondimenti. Al proposito va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158

consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Altre patologie invalidanti rispetto a quelle elencate dal SMR, come detto, non sono state riscontrate. In particolare va segnalato che con rapporto 16 aprile 2021 il dr. med. _____, cardiologo, ha concluso che “al bilancio cardiologico con ecocardiografia e cicloergometria non documento particolarità, il cuore risulta strutturalmente normale e non vi sono indizi di ischemia cardiaca. Il soffio è di natura funzionale ” (doc. 109), escludendo quindi una patologia cardiaca. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto il referto radiologo 14 ottobre 2021 della RM al plesso brachiale bilaterale (doc. A2) e quello del 21 febbraio 2022 relativo alla TAC della colonna cervicale (doc. A3). Al riguardo con annotazioni 16 maggio 2022, alle quali va data adesione, il medico SMR ha valutato che la nuova documentazione “non modifica le limitazioni già note in stato cronicizzato e stabile rispetto all'anno antecedente”. In particolare per quel che concerne la TAC della colonna vertebrale, il referto radiologico conclude (sottolineatura del redattore): “modificazioni degenerative nel tratto C4-C7 sostanzialmente invariate rispetto al precedente controllo TC di riferimento ”. In merito alla data di fissazione della capacità lavorativa al 50%, nelle citate annotazioni 16 maggio 2022 allegata alla risposta di causa, il dr. med. _____ ha spiegato ” che la data del 14.6.2021 non rispecchia una data di miglioramento valetudinario ma si basa sulla data della certificazione del medico curante endocrinologo dr. _____ con sua valutazione di esigibilità residuali” . Per questo motivo correttamente il medico SMR ha ritenuto la data del rapporto, che coincide con la visita effettuata, quale miglioramento oggettivamente costatato. Infine, sempre nelle medesime annotazioni 16 maggio 2022, il medico SMR rileva che “... ovviamente qualora ci si deciderà per procedere decompressivo chirurgico [nuovamente proposto dal dr. med. _____; cfr. rapporto 6 dicembre 2021 in doc. 121, cfr. anche rapporto 10 maggio 2022 dello stesso sanitario che certifica che il prospettato intervento di discectomia è stato rimandato causa iperglicemia in doc. B; n.d.r.] o vi sarà ulteriore deterioramento funzionale obbiettivo si procederà a rivalutazione in fase di revisione”. Infatti, secondo giurisprudenza, la decisione contestata, in casu 15 marzo 2022, delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), motivo per cui i successivi rilevanti cambiamenti, debitamente documentati, potranno essere fatti valere, se del caso, nell'ambito di una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA. Di conseguenza, tenuto conto delle affidabili e convincenti conclusioni del SMR, alle quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.6), è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 139 V 218 consid. 5.3), che l'assicurato è totalmente inabile nell'abituale attività dal 26 febbraio 2020, ma abile al 50% dal 14 giugno 2021 in attività adeguate. Infine, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al lavoro dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento una perizia pluridisciplinare richiesta dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se 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. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. Occorre ora esaminare la graduazione dell'invalidità eseguita dall'Ufficio AI. 2.8.1. In merito alla determinazione del reddito da valido va ricordato che, secondo la giurisprudenza, occorre stabilire quanto la persona assicurata, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C_151/2020 del 5 maggio 2020 consid. 6.1; 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nella decisione contestata riguardo al reddito da valido, l'Ufficio AI ha rilevato che "... negli anni precedenti l'insorgenza del danno alla salute lei ha sempre lavorato nel campo della ristorazione quale cuoco – aiuto cuoco, ed in altri periodi è stato iscritto in disoccupazione. Per definire il reddito da valido faremo capo ai valori statistici ufficiali di riferimento per il suo abituale campo professionale (ristorazione)". L'assicurato ritiene invece che debbano essere presi in considerazione i dati statistici relativi al mercato generale del lavoro, valori maggiori di quelli utilizzati dall'amministrazione. Dagli atti risulta che, antecedentemente alla prima domanda di rendita del 2007, l'assicurato aveva lavorato presso il ristorante "_____ " di _____ quale aiuto-cuoco (dal 2003 al 2008 secondo il curriculum vitae in doc. 71; dal 2002 al 2008 secondo il collocatore dell'AI nel rapporto 22 dicembre 2008 in doc. 26; dal 2006 al 2008, con disdetta per motivi di malattia con effetto dal 1° marzo 2008 come da questionario del datore di lavoro del 6 maggio 2008 in doc. 8). Risulta inoltre che sin dal 2000 il ricorrente era attivo nel settore della ristorazione, continuando successivamente a svolgere un'attività nello stesso settore economico (eccezion fatta per i 4 anni di custode), seppur in forma ridotta, sino alla seconda domanda di prestazione dell'agosto 2020 (cfr. curriculum vitae in doc. 71). Per questi motivi è molto verosimile che il ricorrente, senza il danno alla salute, avrebbe continuato a tempo pieno un'attività nel settore della ristorazione. Siccome successivamente alla prima domanda di prestazioni l'assicurato è stato diverse volte in disoccupazione, rettamente l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali statistici relativi al ramo gastronomico, quantificando il reddito da valido, per il 2019, in fr. 52'772. Questa soluzione va del resto a favore dell'assicurato. Infatti, il suddetto importo è superiore a

quello che risulterebbe se l'Ufficio AI avesse aggiornato al 2022 (momento della decisione contestata) il salario senza il danno alla salute di fr. 45'500 percepito dal ricorrente presso il Ristorante "_____ " nel 2008, utilizzato nella decisione di diniego di prestazioni del 22 giugno 2009 (doc. 47).

2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STF I 222/04 del 5 settembre 2006).

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), 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). Nel caso concreto, sempre dalla decisione impugnata si rileva che l'Ufficio AI ha correttamente utilizzato la citata tabella TA dell'inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall'Ufficio federale di statistica. L'amministrazione ha riconosciuto una riduzione sociale complessiva del 10% per attività leggere (cfr. rapporto 9 agosto 2021 del Consulente IP, pag. 372), giungendo ad un importo di fr. 30'762,60. L'assicurato contesta l'ammontare della riduzione riconosciuta, sostenendo che: "(...) 11. Un ulteriore aspetto che dev'essere valutata è la riduzione di natura sociale. L'UAI l'ha ritenuta del 10%. Si ravvisi al riguardo che l'UAI ha ammesso tale riduzione partendo dall'assunto che il lesa sarebbe abile al lavoro in misura del 50%. Ma non ha in alcun modo valutato che quella residua è un'attività lavorativa in misura del 50% (e non con una riduzione della resa del 50% da svolgere sull'arco dell'intera giornata lavorativa), in un'attività oltremodo leggera (inferiore ai 5 kg) con una serie di limitazioni aggiuntive oltremodo importanti. Ma soprattutto con uno spettro del mercato del lavoro molto limitato, come abbiamo avuto modo di accertare nello studio delle limitazioni valetudinarie. Vi sono pertanto almeno 4 fattori distinti che motivano una riduzione di natura sociale, che riteniamo in tutti i casi debba essere pertanto rivalutata e non possa situarsi al di sotto del 15% - 20%. (...)” (doc. I, pagg. 6-7) Chiamato ora a pronunciarsi in proposito, il TCA ritiene che la chiesta decurtazione – “ che non possa situarsi al di sotto del 15 – 20%” – non può essere avallata, ritenuto che già la riduzione

decisa dall'amministrazione (10%) appare generosa. In primo luogo va ricordato che la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento a 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure Bernasconi, "8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75", in SZS/RSAS 1/2021 n. 49). Premesso quanto sopra, nel caso in esame, come visto l'assicurato può svolgere attività leggere, senza sollevamento di pesi oltre i 5 kg oltre l'orizzontale, senza dover restar con il capo rivolto verso l'alto, con possibilità di alternare la posizione evitando di effettuare turni lavorativi di notte con possibilità di mangiare al bisogno e senza dover guidare veicoli professionali per trasporto persone. Ora, tenuto conto dell'esigibilità appena descritta, occorre rilevare che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio (cfr. in tal senso il rapporto del 9 agosto 2021 Servizio IP pagg. 372/3) e d'altronde egli non comprova né pretende in alcun modo che vi siano circostanze eccezionali in un mercato equilibrato del lavoro che nella fattispecie permetterebbero di affermare che subisca uno svantaggio tale da trovarsi in una situazione inferiore alla media. Pertanto, l'aumento della deduzione dal reddito da invalido, basato esclusivamente sulle limitazioni derivanti dal danno alla salute, come nel caso in esame, non può essere in concreto concesso (cfr. citate STF 8C_730/2019, 8C_765/2019 e 8C_9/2000, consid. 4). L'assicurato sostiene poi che sono dati almeno 4 fattori distinti per riconoscere una riduzione sociale, senza tuttavia elencarli e tantomeno motivarli. Sicuramente non lo è il fattore età, visto che al momento della decisione contestata l'assicurato (nato il _____ 1978) aveva compiuto 43 anni, quindi non prossimo all'età pensionabile. Va inoltre rilevato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello 1 attività semplici di tipo fisico o manuale; corrispondente al precedente livello di qualifica 4: attività semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso DTF 137 V 71 consid. 5.3 e STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3 con riferimenti), ciò che corrisponde al caso in esame. Né del resto la circostanza che l'assicurato, entrato in Svizzera nel 2000, sia titolare di un permesso B permette di riconoscere un motivo di riduzione. Infine, a ragione l'assicurato rileva che in occasione della decisione di rifiuto 22 giugno 2009 l'amministrazione aveva riconosciuto una deduzione sociale del 15% (10% per attività leggere e del 5% relative all'età e alle difficoltà di tipo manuale). Tuttavia, questo generalmente non preclude che, trattandosi in casu di una revisione, gli aspetti dell'invalidità possano essere rivalutati (cfr. consid. 2.4). Inoltre, vista la recente giurisprudenza menzionata, la riduzione del 10% non poteva essere confermata. 2.8.3. Dal raffronto dei redditi esposto nella decisione contestata risulta, nel 2019, un grado d'invalidità del 42% che conferisce il diritto ad un quarto di rendita. Ciò giustifica la riduzione della rendita intera ad un quarto con effetto dal 1° ottobre 2021, tre mesi dopo la valutazione di una capacità lavorativa parziale in attività adeguate (cfr. il già citato rapporto

dr. med. _____ del 14 giugno 2021). Va infine detto che, visto l'importante scarto per raggiungere un grado d'invalidità del 50% con conseguente diritto alla mezza rendita, il fatto che i redditi non sono stati valutati al 2021 (anno della modifica della capacità lavorativa) rispettivamente al 2022 (anno dell'emissione della decisione contestata) non modifica l'esito della vertenza. Visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso è da respingere. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi 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 fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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