

TI_GERICHTE 32.2023.34 vom 21. Februar 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-02-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.34

FR: TI_GERICHTE 32.2023.34 du 21 février 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.34 del 21 febbraio 2023

Erwägungen

E. 2

Cost. fed., le parti hanno diritto di essere sentite. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio alla DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197; STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3)). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole nei suoi confronti. Egli ha diritto di consultare l'incarto, di offrire mezzi di prova su punti rilevanti, di esigerne l'assunzione (partecipando alla stessa) e di potersi esprimere sulle relative risultanze. Il diritto di essere sentito, quale diritto di cooperare alla procedura comprende tutte le facoltà che devono essere concesse a una parte, in modo tale che essa in una procedura possa difendere efficacemente la sua tesi. Perché ciò possa essere realizzato, la parte ha anche il diritto di essere informata previamente e in maniera adeguata dall'autorità sulla procedura per quanto attiene alle tappe decisive per il giudizio. Non è possibile in maniera generale e astratta stabilire in quale misura si estende questo diritto, ma occorre soppesare le circostanze concrete (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17; 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293; 135 I 279 consid. 2.3 pag. 282; DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 3; STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). 2.2. Nel caso di specie nella decisione impugnata l'amministrazione ha indicato a partire da quando la rendita sarebbe stata soppressa (doc. A, pag. 3: "dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione") ed ha preso posizione, seppur succintamente, in merito alla documentazione prodotta con le osservazioni al progetto di decisione (cfr. doc. A, pag. 3). Per quanto concerne invece i filmati che l'insorgente sostiene di aver allegato alla sua opposizione (recte: osservazioni al progetto di decisione; cfr. ricorso, pag. 9-10: "[...] si rinvia ancora una volta ai filmati raccolti durante il soggiorno presso la suddetta Clinica [...]"), va evidenziato come essi siano stati presi in considerazione dai periti del _____ (cfr. doc. 148 incarto AI: pag. 9 ["la registrazione video-EEG sull'arco di 236 ore ..."] e pag. 20 ["la registrazione video-EEG sull'arco di 236 ore ..."] della perizia e pag. 6 del

consulto del dr. med. _____, FMH neurologia [“ Ho potuto vedere la registrazione di uno di questi episodi in un video che il paziente mi ha mostrato e che è stato registrato alla Clinica _____ ... ”]) e dunque anche dal medico SMR, dr. med. _____, che ha redatto il rapporto finale sulla base del citato referto. Nel caso di specie non vi è pertanto stata alcuna violazione del diritto di essere sentito dell'insorgente, il quale ha potuto comprendere i motivi che hanno condotto l'amministrazione a respingere le sue censure (cfr. anche STF 9C_589/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 4.1) ed ha nuovamente preso posizione anche in merito alla risposta di causa (doc. VI). Va pure rammentato che, come emerge dalla STF 8C_482/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2, una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso, che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito: una tale eventualità si realizza se l'annullamento della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi superflui, i quali non sarebbero compatibili con l'(equivalente) interesse della parte di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (DTF 142 II 218 consid. 2.8.1; DTF 133 I 201 consid. 2.2; STF 8C_842/2016 del 18 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPGA), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non è preminente e tale da porre in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e STF 8C_210/2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti). In concreto, il TCA dispone di un pieno potere di esame (cfr. anche STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGA). Il TCA può entrare nel merito del ricorso. nel merito 2.3. Va anzitutto rilevato che il 1° gennaio 2022 è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata “Ulteriore sviluppo dell'AI” e 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). Per contro, qualora al momento dell'entrata in vigore della modifica legislativa l'assicurato aveva già compiuto (almeno) 55 anni e il suo diritto alla rendita era sorto sotto l'egida del precedente sistema, quest'ultimo

trova applicazione in virtù della protezione della situazione acquisita (Besitzstandsschutz) conferita dalla citata Disposizione transitoria, circostanza peraltro desumibile anche dalla Disposizione transitoria lett. c (cfr. Moser, op. cit., pag. 8 e 10; Dupont, Weiterentwicklung der Invalidenversicherung: Was bringt sie wem?, in: Recht Aktuell: 5. Basler Sozialversicherungstagung «Sozialversicherungsrecht zwischen Dynamik, Reform und Kontinuität» 2021, pag. 12 [con refuso, n.d.r.]; Hürzeler, Diritto delle assicurazioni sociali, in: Formazione continua e aggiornamento per giuristi 2021, pag. 29; UFAS, Bollettino della previdenza professionale nr. 156 del 1. luglio 2021, n. 1067, p.to B.4.a.; ASIP, Fachmitteilung Nr. 127 del 25 agosto 2021: 7. IV-Revision: stufenloses Rentensystem, pto. 3.2.). In tal senso il marg. 9200 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 LPGGA (modificazione del grado d'invalidità di almeno 5 punti percentuali)”. 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.).” Infine, il marg. no. 9200 CIRAI prevede che “le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 hanno già compiuto 55 anni (uomini nati negli anni dal 1957 al 1966; donne nate negli anni dal 1958 al 1966) rimangono nel vecchio sistema di rendite anche in caso di revisione del diritto alla rendita. A queste persone restano pertanto applicabili le disposizioni legali nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2021”. Nel caso in esame l'UAI in seguito ad una revisione d'ufficio avviata il 22 febbraio 2018 (doc. 82 incarto AI), con decisione del 16 ottobre 2018 (pag. 316-317 incarto AI), ha ridotto la rendita, dal 1° dicembre 2018, da intera a mezza. In seguito alla transazione con annullamento della citata decisione e rinvio degli atti all'UAI per ulteriori accertamenti, l'amministrazione, con decisione del 21 febbraio 2023, ha confermato la riduzione della rendita a metà dal 1° dicembre 2018 e l'ha soppressa definitivamente con effetto dal 1° aprile 2023 (doc. A e doc. IV, pag. 2). L'UAI ha in particolare stabilito che vi sarebbe stato un miglioramento dello stato di salute del ricorrente nel mese di aprile 2018 e dal mese di febbraio 2019. Ne segue che al caso di specie vanno applicate le norme in vigore fino al 31 dicembre 2021 (cfr. marg. no. 9102 CIRAI), cui si farà riferimento qui di seguito, tranne indicazione in senso contrario. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono 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, pag. 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.

E. 2.5

Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). 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. 88 a 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 (art. 88 a 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 (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo

77 OAI. Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. il regesto di DTF 133 V 108: "... i l punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione costituisce, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi"; cfr. anche Valterio, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n.16, pag. 502) . Le comunicazioni ai sensi dell'art. 74ter OAI possono essere utilizzate come base per il confronto nel tempo, a condizione che siano il risultato di un esame sostanziale del diritto (STF 9C_350/2014 dell' 11 settembre 2014 consid. 2.2. citato in Valterio, op. cit., art. 31 nota a piè pagina 59, pag. 502). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 , 109 V 262). Determinante è l'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita (SVR 2021 IV N. 2). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). 2.6. Nel caso di specie, con 3 distinte decisioni del 20 dicembre 2017 l'UAI ha posto l'assicurato al beneficio di una mezza rendita AI dal 1° agosto 2016 al 30 novembre 2016 e dal 1° febbraio 2017 al 30 aprile 2017 e di una rendita intera dal 1° maggio 2017 (pag. 193-200 incarto AI). Al termine della revisione d'ufficio avviata il 22 febbraio 2018 (doc. 82 incarto AI), con decisione del 16 ottobre 2018 (pag. 316-317 incarto AI), l'amministrazione ha ridotto la rendita, dal 1° dicembre 2018, da intera a mezza. Con decreto 32.2018.200 del 17 dicembre 2018, questo Tribunale ha stralciato dai ruoli l'impugnativa inoltrata da RI 1 contro la predetta decisione, per avvenuta transazione, consistente nell'annullamento della decisione, nel rinvio degli atti all'amministrazione al fine di espletare i necessari accertamenti medici e per l'emissione di una nuova decisione. Dopo aver acquisito la perizia pluridisciplinare del _____ (internistica, neurologica, pneumologica, psichiatrica e neuropsicologica) del 5 agosto 2022 ed il successivo complemento del 9 febbraio 2023, con decisione del 21 febbraio 2023 l'UAI ha confermato la riduzione della rendita a metà dal 1° dicembre 2018 e l'ha soppressa definitivamente con effetto dal 1° aprile 2023 (doc. A e doc. IV, pag. 2). 2.7. In concreto, l'UAI ha fatto allestire una perizia pluridisciplinare del _____ (neurologica: dr. med. _____, specialista FMH in neurologia; pneumologica: PD dr. med. _____, specialista FMH in pneumologia; neuropsicologica: dr. _____, specialista in neuropsicologia; psichiatrica: dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia), che è stata redatta il 5 agosto 2022 (doc. AI 148, pag. 467 e seguenti). Nel referto i periti, dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica, le affezioni attuali e le constatazioni obiettive, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di disturbo ansioso parossistico (CD-10 F 41.1) e difficoltà attentive di grado moderato, oltre alla diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di epilessia focale con generalizzazione secondaria di origine indeterminata, sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), di grado anamnesticamente moderato

con componente posizionale, trattato con ventiloterapia C-PAP dal 27.2.2017, con successo e buona aderenza; possibile lieve componente di sindrome delle gambe senza riposo ("RLS") e sovrappeso con BMI 26 kg/m² (pag. 27 perizia). Gli specialisti hanno stabilito che l'insorgente può svolgere, nella misura dell'80%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa, sia la sua precedente attività di ingegnere ambientale sia un'attività adeguata al suo stato di salute (pag. 41 della perizia). Essi hanno precisato che le incapacità lavorative descritte dai consulenti non devono essere sommate ma integrate in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali e di rendimento che si sovrappongono. Circa le ripercussioni funzionali dei reperti e delle diagnosi, i periti hanno affermato: " Per il consulente in neurologia, l'A. attualmente può essere ritenuto abile al lavoro nella misura del 100% sia nell'attività lavorativa abituale che in altre attività lavorative, a patto che l'attività lavorativa [recte: lavorativa] non comporti rischi in caso di perdita di conoscenza: non può dunque utilizzare attrezzi che possono ferirlo, non può lavorare in situazioni pericolose in caso di perdita di conoscenza. Già nella comunicazione di _____ di _____ del 25.7.2018 l'A. era stato dichiarato non idoneo a lavori nel sottosuolo, in ambiente caldo e umido, ad una temperatura superiore ai 28°, a lavori presentanti un pericolo di caduta (come su impalcature, scale, pedane) e ai lavori in cui parti del corpo possono restare impigliate in elementi rotanti di macchine. Per il consulente in pneumologia, l'OSAS diagnosticata nel 2017 è da allora trattato efficacemente con ventiloterapia C-PAP e non dovrebbe nel futuro rappresentare un problema né medico né sociale-professionale. Il consulente in neuropsicologia descrive la presenza di moderate difficoltà di attenzione selettiva e sostenuta, valutando una diminuzione del rendimento nella misura del 20% per le difficoltà di attenzione, che rendono necessario alternare brevi pause ai momenti di lavoro. Per il consulente in psichiatria, i disturbi ansiosi di cui l'A. è affetto incidono nella misura in cui ingenerano delle difficoltà a gestire le emozioni e riducono la capacità di attenzione sostenuta nel tempo e di concentrazione, oltre a diminuire la resistenza, la tenuta e la capacità di tolleranza nei confronti dello stress. A prescindere dalle valutazioni allegare in ambito neurologico, pneumologico, neuropsicologico e psichiatrico, le altre diagnosi internistiche non comportano una limitazione della capacità lavorativa." (pag. 39-40 perizia) Circa l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo, essi hanno affermato: " La capacità lavorativa globale nella misura dell'80% sia nell'attività lavorativa abituale che in un'attività lavorativa adeguata scaturita dalla presente valutazione peritale vale da gennaio 2019. Come descritto dal consulente in neurologia, a partire da ottobre 2018 l'A. non ha più avuto episodi sospetti di crisi epilettica, si può comunque affermare che una buona certezza dell'assenza di crisi la si è avuta solo dopo almeno tre mesi dall'ultima crisi, dunque da gennaio 2019. Prima di allora, fanno stato le valutazioni precedenti, osservando che nel rapporto medico AI del 19.4.2018 il Dr. med. _____ descrive che l'attività lavorativa abituale è ritenuta esigibile per 0-2 ore al giorno ca., un'attività lavorativa adeguata per 4-6 ore al giorno." (pag. 41 perizia) Circa il cambiamento dello stato di salute nel tempo, i periti hanno precisato: " Per il consulente in neurologia, da ottobre 2018 si è verificato un miglioramento, nel senso che l'A. non ha più avuto episodi sospetti di crisi epilettica. Per il consulente in neuropsicologia, non si riscontrano cambiamenti dal suo punto di vista specialistico: il profilo attuale, salvo alcune minime differenze, è sostanzialmente sovrapponibile a quello di settembre 2020. Per il consulente in psichiatria, non si è verificato un cambiamento dello stato di salute rispetto alla situazione di salute documentata negli atti alla base della precedente decisione

determinante. Per il consulente in pneumologia, l'OSAS diagnosticato nel 2017 è da allora trattato efficacemente con la ventiloterapia C-PAP, lo sviluppo nel tempo della capacità lavorativa rimane invariato." (pag. 42 perizia) Essi hanno inoltre affermato che il cambiamento è avvenuto da novembre 2018 come descritto dal consulente in neurologia. Alla questione di sapere se il cambiamento dello stato di salute ha prodotto un cambiamento dell'incapacità al lavoro nel quadro dell'attività svolta e della capacità lavorativa in un'attività adeguata ed in caso di risposta affermativa da quando ed in che misura, i periti hanno precisato: " Come descritto dal consulente in neurologia, sì: una volta che si è avuta la certezza dell'assenza di crisi epilettiche a lungo termine, l'A. può riprendere un'attività lavorativa, evitando situazioni che possono essere rischiose in caso di perdita di conoscenza: si può ritenere che un periodo di attesa di tre mesi dopo l'ultima crisi sia sufficiente per avere una maggior sicurezza in tal senso, quindi a partire da gennaio 2019. Per gli altri consulenti, non vi è nessun cambiamento." (pag. 43 perizia) Il

E. 2.15

Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI 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 (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

E. 4

cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., 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 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).

E. 9

agosto 2022 il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato l'esito della perizia, affermando che l'interessato presenta un'incapacità lavorativa del 20% dal 1° gennaio 2019, sia nella precedente attività che in attività adeguate, intesa come riduzione del rendimento (doc. AI 149). L'8 novembre 2022 il medesimo medico SMR ha precisato che l'insorgente è stato completamente inabile al lavoro dal 10 aprile 2017, mentre dal 20 aprile 2018 è stato inabile all'80% nella precedente attività ed al 40% in attività adeguate secondo la certificazione del dr. med. _____ (attività abituale massimo 2 ore al giorno, attività adeguata massimo 6 ore al giorno). Dal mese di febbraio 2019 è abile al 100% con riduzione del rendimento del 20% (doc. 152 incarto AI). Nelle more amministrative il ricorrente ha prodotto ulteriore documentazione medica, ossia un referto del 1° dicembre 2022 del dr. med. _____, FMH medicina interna generale (pag. 613 incarto AI), un referto del 6 dicembre 2022 del neurologo dr. med. _____, caposervizio _____ di _____ (pag. 615 incarto AI), un referto del 30 novembre 2022 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (pag. 617 incarto AI) ed un referto del 6 dicembre 2022 dello psicoterapeuta ASP _____ (pag. 619 incarto AI). Il dr. med. _____, FMH medicina interna generale, secondo cui la situazione è molto più complessa di quanto ogni singolo specialista sostiene nelle sue varie singole prese di posizione, ha affermato: " (...) Il sottoscritto (ma anche il neurologo Dr. _____) ha ben compreso la situazione clinica del paziente che non può in alcun modo essere considerato guarito da questa condizione, migliorato sì grazie a trattamenti anti-epilettici che hanno anche spiccate proprietà come stabilizzanti dell'umore (Lamictal); migliorato però anche grazie al paziente stesso che meglio sa gestire gli aspetti psichici, che meglio riconosce la sua labilità emotiva che è incontestabilmente la principale causa scatenante di queste crisi convulsivanti che sono state nel recente passato una "spada di Damocle" sulla qualità di vita del paziente e sulla sua visione del futuro. I numerosi episodi sono generalmente di interpretazione complessa data la consistenza di elementi che potrebbero quadrare con la recidiva di una crisi epilettica (teoria portata avanti dai neurologi) i quali convivono tuttavia con elementi maggiormente aspecifici che andrebbero potenzialmente in direzione di una problematica neurocardiogenica (vasovagale) e/o sovraccarica da elementi psicogeni (di tipo attacco di panico); è proprio quest'ultimo aspetto che speso maggiormente, in ogni caso nessuno specialista o perito nominato dall'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità può permettersi di assumere atteggiamenti categorici nelle relative valutazioni. La situazione è migliorata ma è estremamente labile, il paziente deve infatti ricorrere saltuariamente alle proprietà ansiolitiche del medicamento chiamato Temesta (lorazepam) per prevenire attacchi simili a quelli sopra descritti. Oltre a questo, l'attuale incertezza assicurativa e finanziaria, potrebbe riproporre la problematica e non a caso il paziente ha dovuto talora aumentare la frequenza di assunzione della Temesta stessa. Il Sig. RI 1 vuole assolutamente evitare di ricadere in questa sorta di circolo vizioso dal momento che queste crisi vengono vissute in maniera molto traumatica visto che presenta segni e sintomi premonitori quali la mancanza di respiro, una sensazione di soffocamento e con i muscoli facciali in tensione: tutto questo sfocia, per possibili fenomeni cosiddetti vaso-vagali, in una perdita di conoscenza e negli istanti che anticipano tale fenomeno si

sente particolarmente angosciato a tal punto da pensare ad un possibile esito letale. Complessivamente il decorso risulta lentamente favorevole a partire da 01.2020; tuttavia, come sopra descritto egli rimane fortemente condizionato da residui disturbi di non facile interpretazione, principalmente rappresentato da stato di affaticamento fluttuante e intrusione di rapidi cambiamenti delle condizioni psichiche con manifestazioni ansiose (attacchi di panico in particolar modo); questa situazione lo ha comprensibilmente desecurizzato e fragilizzato nei confronti di una eventuale ripresa lavorativa, ciò che ora è auspicabile a percentuale forse ridotta ed in un ambiente a lui confacente, sicuramente non chiuso ed oppressivo (ansia e tendenza agorafobica)” (pag. 613-614 incarto AI) Il dr. med. _____, caposervizio _____ di _____, ha contestato l’esito della perizia, affermando: " (...) In realtà, stando alle nostre osservazioni basate su controlli ambulatoriali seriati, contatti telefonici e talvolta ricoveri urgenti in situazioni di malessere, l’inabilità lavorativa dell’Assicurato è da considerare realisticamente del 100% in un continuum sin dal 10.04.2017 e ben oltre il termine arbitrariamente fissato al 20.04.2018. È soltanto da ben più recentemente (concretamente durante gli ultimi 6 mesi nel corso del 2022), che l’inabilità lavorativa dell’Assicurato è passata al 50% in presenza di aspetti clinici maggiormente stabili, che hanno consentito all’Assicurato di incrementare la ricerca di un nuovo posto di lavoro, sebbene le notevoli lungaggini e incertezze sulle decisioni assicurative-peritali abbiano inciso sul suo stato psichico. Considero pertanto inopportuna la stratificazione cronologica dell’inabilità lavorativa dell’Assicurato, così come appare nella Perizia tenendo conto anche del fatto che certi termini sono stati fissati retroattivamente (concretamente nel 2021-22). Tengo infine a precisare che l’Assicurato presenta una situazione patologica particolarmente complessa che ha richiesto molte riflessioni ed approfondimenti da parte di vari Colleghi Professionisti che hanno seguito attentamente la problematica del sig. RI 1 ciò che, alla luce di quanto esposto nella Perizia, non sembrerebbe esser stato sufficientemente considerato.” (pag. 615-616 incarto AI) Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: " (...) Per quel che riguarda la sua problematica psichica, egli è regolarmente seguito attraverso regolari colloqui di sostegno e una regolare psicofarmacoterapia da parte mia oltreché dallo psicologo _____ attraverso una psicoterapia regolare con frequenza circa settimanale. Il paziente aveva presentato importanti stati d’ansia con angoscia e una serie di disturbi neurovegetativi qualche anno fa in modo molto più intenso, a volte accompagnato anche da sudorazione profusa, tachicardia discinesia ai membri superiori con pause immense e varie preoccupazioni e tendenza all’isolamento e grosse difficoltà nei rapporti sociali. Tali disturbi effettivamente hanno ridotto la sua abilità lavorativa, puramente dal punto di vista psichiatrico, nella misura del 50% che persiste tuttora. Per quel che riguarda la sua diagnosi psichiatrica si tratta di una sindrome d’ansia generalizzata (ICD-10 F41.1), inizialmente presentata attraverso una sindrome da attacchi di panico con ansia episodica parossistica (ICD-10 F41.0). Come già accennato è in cura presso il sottoscritto già da tempo e puramente dal punto di vista psichiatrico, confermo la sua inabilità lavorativa tuttora nella misura del 50%. Per quel che riguarda la prognosi puramente dal punto di vista psichiatrico, credo che egli possa svolgere la sua attività professionale in qualità di ingegnere nella misura del 50%, in modo tale da avere adeguati contatti sociali ed esercitare la sua professione alla quale egli tiene molto e gli crea delle soddisfazioni personali che lo aiuterebbero a gestire meglio la sua situazione psichiatrica, tutto ciò a breve medio termine, mentre a lungo termine bisognerà rivalutare le sue condizioni psicopatologiche future.” (pag. 617-618 incarto AI) Lo psicoterapeuta ASP _____, dopo aver descritto la

cronistoria del lavoro terapeutico e le considerazioni sull'iter assicurativo, ha concluso: " Non è mio compito entrare nel dettaglio delle valutazioni svolte dai servizi dell'AI, tuttavia ad una mia valutazione critica la decisione di dichiarare una parziale abilità lavorativa da aprile 2018 a gennaio 2019, per poi dichiarare una completa abilità lavorativa a partire dal febbraio 2019, confligge chiaramente con le osservazioni cliniche svolte lungo il lavoro psicoterapeutico. Nelle valutazioni svolte non vi è alcuna considerazione delle ricadute traumatiche e invalidanti delle sincopi, che rendono estremamente difficile il recupero delle proprie capacità psico-fisiche e di un'immagine di sé sufficientemente consistente per poter sostenere la ripresa di un'attività professionale di qualsiasi tipo. Il fatto che il paziente svolgeva attività fisiche (lavori in vigna e bricolage, corsa) non può essere considerato a mio avviso come un elemento a sostegno della capacità lavorativa, poiché vi è una grande differenza tra il poter gestire in autonomia un'attività sollecitante, potendo decidere se e quando interrompere per fare riposare, e dover dare un'attività sollecitante dove vi è l'aspettativa del datore di lavoro che un determinato compito venga svolto entro una precisa scadenza. Le considerazioni sopra esposte mi fanno concludere che il paziente era inabile al lavoro almeno fino al 2020 compreso, anno in cui peraltro non avrebbe potuto oggettivamente riprendere alcuna attività perché in quel periodo tutto il mondo si era fermato causa pandemia. Solamente a partire dal 2021 si è chiaramente percepita la possibilità di immaginarsi al posto di lavoro senza dover subire eccessivamente le ricadute dello stress percepito a quell'idea. Certamente però non con un'abilità lavorativa al 100%, bensì al 50%. Ancora attualmente ritengo il paziente non ancora in grado di sostenere un'abilità lavorativa al 100%, poiché necessita di un percorso di ripresa progressivo per riprendere fiducia nei suoi mezzi all'interno di un contesto dove non è lui a dettare i tempi e l'intensità delle sollecitazioni, bensì il datore di lavoro." (pag. 619-622 incarto AI) Chiamati ad esprimersi in merito, i periti, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia e dr. med. _____, FMH neurologia, hanno confermato la loro valutazione. Il neurologo ha precisato: " Dal punto di vista neurologico in occasione della valutazione del 20 luglio 2021 si era ritenuto che una maggiore certezza diagnostica per quel che riguarda l'evoluzione favorevole potesse essere considerata a partire da almeno tre mesi dopo l'ultima crisi e dunque si era ritenuto che a partire da gennaio 2019 in ambito neurologico fossero valide le considerazioni discusse e cioè che il paziente potesse svolgere una attività lavorativa senza limitazioni al di fuori delle precauzioni riferite alla possibilità di eventuali crisi epilettiche. Anche il rapporto del Dott. _____ non contiene dunque nuovi elementi rispetto a quanto discusso in occasione della valutazione del luglio 2021. Infine lo psicoterapeuta _____ prende posizione per quel che concerne gli aspetti psicologici in una lettera del 6 dicembre 2022. Anche in questo rapporto si fa riferimento principalmente ai problemi psichici ma non emergono nuovi aspetti neurologici di competenza neurologica rilevanti. Complessivamente, dunque, la nuova documentazione non contiene elementi che mi portino a modificare la mia valutazione precedente." (pag. 629-630 incarto AI) Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha precisato: " ho preso visione della documentazione medica da te inviatami tramite lettera del 11.01.2023, in particolare del rapporto medico del Dr. _____ del 30.11.2022, del rapporto medico del Dr. _____ del 01.12.2022 e della relazione dello psicologo _____. Dall'esame di questi documenti non ho rilevato elementi nuovi di rilevanza clinica né una modifica dello stato di salute dell'A. motivo per cui sono a confermare quanto da me riportato nel consulto effettuato nell'ambito della perizia _____. " (pag. 633 incarto AI) Nelle more processuali l'insorgente ha prodotto degli appunti personali relativi alla sua patologia (cfr.

doc. C e E). 2.8. 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). 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 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). 2.9. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, 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, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata 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 trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi

fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un'esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è 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 TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha

stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.10. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia del _____ del 5 agosto 2022 (doc. 148 AI). Il referto è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso i consulenti del _____. Al referto va attribuita piena forza probante. 2.11. Per quanto concerne l'aspetto neurologico e la questione del primo miglioramento dello stato di salute accertato a partire dal mese di aprile 2018 (pag. 507 incarto AI), questo Tribunale ritiene corretta la conclusione dei periti del _____ che si sono fondati sulle valutazioni del medesimo medico curante, dr. med. _____, FMH medicina interna generale, il quale il 19 aprile 2018 ha attestato che l'insorgente, che dal 10 aprile 2017 era stato giudicato completamente inabile al lavoro (cfr. pag. 255 incarto AI), sarebbe stato in grado di svolgere un lavoro confacente al suo stato di salute nella misura di 4-6 ore al giorno (pag. 250 incarto AI), ciò che corrisponde ad una capacità lavorativa del 60% in attività leggere (pag. 255 incarto AI). Il curante ha infatti potuto accertare concretamente e senza far capo a valutazioni "a posteriori" la possibilità per l'insorgente, capace di svolgere la sua precedente attività solo nella misura di 0-2 ore al giorno, di esercitare invece in misura maggiore un lavoro adeguato ed adatto ai limiti funzionali allora presenti. Tale valutazione trova indirettamente conforto nelle parole del dr. med. _____, caposervizio _____ presso l'_____, che, il 31 agosto 2018, aveva riportato quanto riferitogli dal medesimo ricorrente, e meglio che, malgrado una recidiva dei malesseri, "l'impressione del signor RI 1 va nel senso di una certa "stabilità" della sua problematica in generale con determinate riprese nell'ambito delle sue attività (agricole e sportive). Sul piano generale non ci sono elementi nuovi. Con riferimento più specifico ai malesseri che si sviluppano periodicamente, questi risulterebbero forse un po' meno intensi rispetto al passato (il paziente disponendo forse anche di maggiori difese)" (pag. 280 incarto AI). La conclusione dell'Ufficio AI, secondo cui un primo miglioramento dello stato di salute, per quanto concerne la capacità lavorativa in attività adatte, è avvenuto nel mese di aprile 2018, non è pertanto criticabile e va confermata. Dalle tavole processuali emerge poi che la capacità lavorativa del ricorrente ha subito un ulteriore, significativo, cambiamento in seguito alla modifica del dosaggio dei farmaci assunti ed in particolare all'aumento del dosaggio di Lamictal (Lamotrigina) a 300 mg al giorno, avvenuto nel corso del soggiorno presso la Clinica _____ di _____ dal 19 al 28 ottobre 2018 e grazie al quale l'interessato non ha più avuto alcuna crisi epilettica dal 25 ottobre 2018. Con la nuova terapia medicamentosa l'epilessia può essere controllata meglio e non costituisce più un motivo per un'incapacità lavorativa (cfr. referto del dr. med. _____, FMH neurologia, pag. 518-519 incarto AI), come stabilito anche dagli specialisti della Clinica _____ (referto del 21 novembre 2018, pag. 343 incarto AI: "[...] Aus epileptologischer Sicht besteht keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es bestehen aber qualitative Einschränkungen in dem keine Arbeiten an gefährlichen Maschinen, auf Leitern und Gerüsten und in anderen Gefahrenbereichen, bzw. solche die das Führen eines

Kraftfahrzeuges erfordern, ausgeführt werden dürfen. Ausserdem verbietet sich die alleinige Betreuung und Beaufsichtigung von Schutzbefohlenen. Nachschichten sind zu vermeiden ”). Il consulente, dr. med. _____, FMH neurologia, a questo proposito ha evidenziato che “ già anche alla Clinica _____ di _____ nel 2018 si era ritenuto che il paziente fosse abile al lavoro per qualunque attività che non comporti rischi in caso di crisi epilettica. [...] Il paziente teme di non riuscire a riprendere a lavorare a causa degli episodi di stanchezza improvvisa, che però non trovano una spiegazione neurologica. Da notare anche una certa discrepanza tra questo dato anamnestico ed il fatto che il paziente riesce comunque a lavorare e gestire autonomamente un vigneto, si occupa di varie attività, va regolarmente a fare jogging. Non emergono dunque elementi anche anamnestici netti indicativi di limitazioni funzionali maggiori ” (referto del dr. med. _____, FMH neurologia, pag. 520 incarto AI). Lo specialista ha poi precisato che una maggiore certezza diagnostica circa l’evoluzione favorevole della patologia potesse essere considerata tre mesi dopo l’ultima crisi del mese di ottobre 2018 e che pertanto a partire dal mese di gennaio 2019 l’interessato dal lato neurologico poteva svolgere un’attività lavorativa, compresa la sua, nella misura del 100%, tenendo conto delle limitazioni e precauzioni descritte dai medici _____ relative alla possibilità di eventuali ulteriori crisi epilettiche. I periti hanno confermato tali conclusioni, e, procedendo ad una valutazione globale, hanno stabilito che l’interessato dal gennaio 2019 è capace al lavoro all’80% in qualsiasi attività, compresa la precedente di ingegnere. 2.12. I referti medici prodotti con le osservazioni al progetto di decisione e gli schemi allestiti dall’assicurato (doc. C e E) nelle more procedurali, non sono atti a sovvertire le sopra citate conclusioni. Il dr. med. _____, FMH medicina interna generale, descrive le patologie di cui è affetto il ricorrente, e pur ammettendo che vi è stato un miglioramento dello stato di salute, a suo dire dal mese di gennaio 2020, sostiene che l’assicurato non può essere considerato guarito. Il curante fa riferimento alla labilità emotiva dell’insorgente, ritenuta “ incontestabilmente la principale causa scatenante di queste crisi convulsivanti ”, indica diverse origini da cui potrebbero derivare le crisi epilettiche ed evidenzia la necessità di far capo al Temesta per prevenire ulteriori attacchi. Lo specialista ritiene che l’insorgente è “ fortemente condizionato da residui disturbi ”, consistenti in “ stato da affaticamento fluttuante e intrusione di rapidi cambiamenti nelle condizioni psichiche con manifestazioni ansiose ”. Il curante non apporta tuttavia alcun elemento medico oggettivo che possa contrastare le convincenti e motivate conclusioni peritali relativamente alle date del miglioramento dello stato di salute ed alla percentuale di capacità lavorativa del ricorrente. Il dr. med. _____ si limita a criticare genericamente il referto peritale senza tuttavia contestare tramite critiche puntuali sorrette da dati certi le conclusioni tratte dagli specialisti del _____. Per quanto concerne invece le possibili origini delle crisi epilettiche, il TCA ricorda che, secondo la giurisprudenza federale, per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Neppure il referto del 6 dicembre 2022 del dr. med. _____, caposervizio _____ dell’ _____ può modificare l’esito della procedura. Lo scritto dello specialista si esaurisce in una critica generica dell’evoluzione del

grado di capacità lavorativa del ricorrente senza tuttavia che siano adottati nuovi motivi oggettivi per i quali le conclusioni del _____ non sarebbero corrette. Pur affermando che vi sono stati “ talvolta ricoveri urgenti in situazioni di malessere ” il dr. med. _____ non sostiene che l’interessato abbia subito ulteriori crisi epilettiche dopo il mese di ottobre 2018 (ciò che peraltro non è neppure stato contestato dal ricorrente: doc. I, pag. 4: “[...] sebbene dal mese di novembre 2018 non vi siano più state crisi [...] ”) e non adduce elementi medici non già presi in considerazione dai periti. Infine, non sono d’aiuto al ricorrente neppure i referti del 30 novembre 2022 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, e del 6 dicembre 2022 dello psicologo ASP _____, che si esauriscono in una descrizione della problematica psichica e si limitano a proporre una diversa valutazione della capacità lavorativa del ricorrente in relazione con la patologia psichiatrica senza tuttavia apportare alcun elemento di novità atto a scalfire la valutazione peritale. Lo stato di salute psichico è infatti stato adeguatamente approfondito dai periti e dai consulenti del _____, i quali hanno posto la diagnosi di disturbo ansioso parossistico (ICD-10 F 41.1), rispettivamente di difficoltà attentive di grado moderato, con limitazioni funzionali legate alla riduzione della capacità dell’attenzione, della concentrazione, della tenuta e della resistenza allo stress, con conseguente riduzione del rendimento del 20% in ogni attività dalla presa a carico del curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia dal 2015. Le precedenti valutazioni del dr. med. _____ erano già state integrate e discusse nel consulto del dr. med. _____ (cfr. pag. 528 e 533 incarto AI). A questo proposito non va dimenticato che con sentenza 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 il Tribunale federale ha rammentato, al consid. 4.2, che “ il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti)” e che “ al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l’avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest’ultimo ” (cfr. anche STF 9C_194/2023 del 1° maggio 2023, con rinvio alla STF 9C_662/2021 del 2 agosto 2022, consid. 5.2.1 con riferimenti). Il TF ha inoltre più volte avuto l’occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il medico che prende in cura l’assicurato e il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Al ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. ad esempio sentenza citata 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Quanto alla circostanza che la visita presso il dr. med. _____, FMH neurologia, sarebbe durata solo 40 minuti (nel referto figura che l’esame è stato effettuato “ dalle ore 14.00 alle ore 15.10 ” [pag. 514 incarto AI]), va rammentato che , secondo giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. per quanto concerne una perizia psichiatrica durata 50 minuti: sentenza 8C_47/2016 del 15 marzo 2016, consid. 3.2.2,

pubblicata in SVR 2016, n. 35; cfr. STF 9C_722/2018 del 12 dicembre 2018, consid. 4.2; STF 9C_133/2012 del 29 agosto 2012, consid. 3.2.1; STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018). Inoltre non va dimenticato che di norma una perizia basata sui soli atti (“Aktengutachten”), senza visitare l’assicurato, esplica validamente i suoi effetti se si dispone di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali e se si tratta di valutare la fattispecie sulla base di dati medici oggettivi già accertati, di modo che la valutazione medica diretta della persona assicurata viene messa in secondo piano (cfr. sentenza 9C_524/2017 del 21 marzo 2018, consid. 5.1; sentenza 8C_184/2013 del 7 giugno 2013 consid. 2.5; sentenza 9C_839/2008 del 29 ottobre 2009 consid. 5.4). Non può essere d’aiuto all’interessato neppure lo schema da lui allestito e prodotto sub doc. E, trattandosi di una semplice valutazione personale e soggettiva dell’evoluzione del proprio stato di salute senza alcuna base medica oggettiva. Per quanto concerne invece il doc. D, ossia l’elenco delle crisi epilettiche, esso conferma che l’ultimo episodio è avvenuto il 25 ottobre 2018 ma non è un documento utile alla valutazione della capacità lavorativa, poiché di pertinenza strettamente medica. Infine, va rammentato che per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l’Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell’incapacità lavorativa va di regola eseguito nell’ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che “una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo”. Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali”, in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). Con sentenza 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 il TF ha stabilito che non solo il principio della cumulabilità (parziale) dei gradi di inabilità in quanto tale, ma anche la questione della sua misura sono di ordine squisitamente medico e che il Tribunale non può prescindere dalla raccolta di queste informazioni specialistiche. Il TCA non può sostituirsi ai medici in questo esercizio esulante dal suo campo di competenze. In concreto, i periti hanno effettuato una valutazione globale da cui non vi è motivo di scostarsi. La circostanza che essa è stata effettuata per teleconferenza non modifica l’esito della procedura giacché non vi sono norme che impongono la presenza fisica dei periti per procedere con la determinazione del grado d’invalidità globale dell’assicurato. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni della perizia del _____ il cui esito è stato confermato dal medico SMR, dr. med. _____. A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l’art. 59 cpv. 2 bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per

l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni dell'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). Ne segue che occorre concludere, secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che l'insorgente, completamente inabile al lavoro dal 10 aprile 2017 (cfr. pag. 255 incarto AI), ha avuto un primo miglioramento dal mese di aprile 2018 che lo ha portato ad essere abile al 60% in attività adatte al suo stato di salute ed un ulteriore miglioramento dal mese di gennaio 2019 che lo ha portato ad essere abile all'80% sia nella precedente attività che in attività leggere. Va ora esaminato se l'amministrazione ha correttamente effettuato il calcolo del grado d'invalidità, ritenuto che dal 1° dicembre 2018, ossia a partire dal primo giorno del secondo mese che ha seguito la notifica della decisione del 16 ottobre 2018 (pag. 316 incarto AI), l'UAI ha stabilito che il grado d'invalidità è del 50%, mentre dal mese di aprile 2023, ossia dal primo giorno del secondo mese che ha seguito la notifica della decisione impugnata del 21 febbraio 2023, ha soppresso la rendita.

2.13. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (sentenza 9C_297/2018 del 9 agosto 2018, consid. 3.2; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). 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 adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di

norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). In concreto, l'insorgente non contesta la decisione dell'UAI di prendere in considerazione un reddito da valido, nel 2018, di fr. 81'400, evinto dal questionario del 30 marzo 2018 del suo datore di lavoro (pag. 217 e seguenti incarto AI, in particolare pag. 221). 2.14. Circa 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 una 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 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 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, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Nel caso di specie l'UAI ha utilizzato il reddito da invalido evinto dalla Tabella TA1 2018 tirage_skill_level (NOGA08, RSS 2018; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr., per il 2012, la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178), livello di qualifica 2, attività semplici e ripetitive, uomini che svolgono attività di tipo fisico o manuale nel settore privato, pari a fr. 67'766.67 (pag. 586 incarto AI), che l'insorgente non censura. 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). In concreto l'UAI ha applicato una riduzione globale del 15%, dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (doc. A), che l'assicurato contesta, sostenendo che nell'incarto vi è unicamente una nota poco motivata del 14 novembre 2022, nella quale non sono fornite particolari spiegazioni circa l'applicazione di questa percentuale. Questo Tribunale, che, di massima, non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione applicata dall'UAI. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'amministrazione abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato. Per l'assicurato, nato nel 1984 e di nazionalità

svizzera, abile al lavoro al 60%, a cui, nel 2018, erano in pratica accessibili solo attività leggere e i cui limiti funzionali influenzano lo svolgimento di attività adeguate (cfr. nota del 14 novembre 2022, pag. 588-589 incarto AI), è infatti corretto applicare una riduzione complessiva massima del 15% (cfr., per un caso di un assicurato abile al 60% in attività leggere a cui è stata riconosciuta una riduzione del 15%: STCA 32.2019.111 del 27 aprile 2020). Raffrontando il reddito da valido di fr. 81'400 con quello da invalido di fr. 67'766.67, ridotto del 40% (incapacità lavorativa) a fr. 40'660.02 e del 15% (riduzione sociale) a fr. 34'561, si ottiene un grado d'invalidità del 57.54%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 58%, che dà diritto a mezza rendita come calcolato dall'UAI. In simili condizioni, a giusta ragione l'UAI ha riconosciuto mezza rendita a partire dal 1° dicembre 2018, ossia a partire dal primo giorno del secondo mese che ha seguito la notifica della decisione del 16 ottobre 2018 (cfr. 88bis cpv. 2 lett. a OAI e pag. 316 incarto AI). Accertato che da gennaio 2019 l'insorgente è abile al lavoro sia nella sua attività che in attività leggere nella misura dell'80%, il diritto alla rendita va soppresso. Egli infatti può sfruttare al meglio la sua capacità lavorativa quale ingegnere con un discapito del 20% che non gli dà diritto ad alcuna prestazione "Prozentvergleich"). Se si volesse procedere con l'abituale confronto dei redditi giacché l'insorgente non ha più un contratto di lavoro, l'esito non muterebbe. Infatti, paragonando il salario da valido precedentemente conseguito di fr. 81'400 con quello che potrebbe conseguire da invalido nella medesima attività pari a fr. 91'272.96 (7'296 x 12 mesi : 40 ore X 41.7) evinto, come indicato dall'UAI in sede di risposta, dalla tabella TA1 2018 tirage_skill_level, categoria 71 (attività legali e di gestione, contabilità, architettura e ingegneria), livello di qualifica 3 (pratiche complesse che richiedono ampie conoscenza in un ambito specifico), ridotto del 20% a fr. 73'018.40, si otterrebbe un grado d'invalidità del 10.29% arrotondato al 10% che non darebbe comunque diritto ad alcuna rendita. La decisione dell'UAI di sopprimere la rendita a partire dal primo giorno del secondo mese che ha seguito la notifica della decisione impugnata (cfr. art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI e pag. 316 incarto AI), va confermata.

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