

TI_GERICHTE 32.2024.29 vom 7. Oktober 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-10-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.29

FR: TI_GERICHTE 32.2024.29 du 7 octobre 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.29 del 7 ottobre 2024

Erwägungen

E. 31

dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022.". Secondo le citate Circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa nel 2024. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022, o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In concreto, l'invalidità (teorica), giusta l'art. 28 LAI, sarebbe insorta il 1° dicembre 2019, ossia un anno dopo l'inizio della incapacità lavorativa accertata dal medico SMR. Considerato, però, che l'assicurato ha presentato la domanda di prestazioni il 17 dicembre 2019 (cfr. consid. 1.1), si tratta di una domanda tardiva ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, perciò l'eventuale diritto a una rendita sorge al più presto sei mesi dopo la rivendicazione del diritto alle prestazioni, e meglio proprio il 1° giugno 2020 (art. 29 cpv. 3 LAI). Ne consegue che, sulla scorta delle citate circolari, in specie è applicabile il diritto in vigore fino al 31 dicembre 2021 (cfr. Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), n. 2027 con esempio; cfr. anche Valterio, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 1, 3 e 4 ad art. 29 LAI). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 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 sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o

parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui agli artt. 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%. In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). 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 (DTF 129 V 222).

2.4. Trattandosi dell'attribuzione di una rendita limitata nel tempo, per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche in merito all'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 tenere conto del cambiamento

determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione né di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64).

2.5. A seguito della domanda di prestazioni del dicembre 2019, con decisione del 22 aprile 2021 l'Ufficio AI ha assegnato all'assicurato il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita dal 1° dicembre 2019 (con versamento effettivo dal 1° giugno 2020) fino al 31 marzo 2021. Tale decisione è stata annullata con sentenza STCA 32.2021.72 del 25 novembre 2021, con la quale questo Tribunale ha rinviato gli atti all'amministrazione per un complemento istruttorio e l'emanazione di una nuova decisione. Tale rinvio si imponeva, a mente del TCA, a seguito dalla mancata chiarezza circa le conseguenze in termini di limitazioni funzionali e di capacità lavorativa residua in attività adeguate derivanti dai disturbi accusati dall'assicurato a livello lombare e dell'arto superiore destro. Dopo avere acquisito la perizia pluridisciplinare affidata al _____, con decisioni del 6 marzo 2024 e del 16 maggio 2024 (cfr. doc. A e doc. VI e consid. 2.1.), l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato il diritto ad una rendita intera di invalidità (grado del 100%) dal 1° dicembre 2019 al 30 aprile 2021 e poi nuovamente dal 1° settembre 2023, precisando che il versamento della rendita decorre dal 1° giugno 2020, vale a dire sei mesi dopo l'inoltro della richiesta tardiva (doc. A).

2.6. Conformemente a quanto stabilito dal TCA, l'UAI ha fatto allestire una perizia pluridisciplinare, affidata al _____, in ambito reumatologico (dr. _____), neurologico (dr. _____) e psichiatrico (dr. _____), che è stata redatta il 24 luglio 2023 (doc. 130, pag. 375 e seguenti incarto AI). Nel referto i periti, dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali e le constatazioni obiettive, hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "sindrome cervico-vertebrale in stato dopo ernia discale C5-C6 e compressione della radice di C6 e intervento chirurgico in data 23.12.2018 con ACDF C5-C6 da sin. Presenza di una osteocondrosi significativa a livello del segmento C6-C7 con spondilosi anteriore e posteriore; sindrome lombo-vertebrale su alterazioni statiche con scoliosi a forma di S destro-convessa nella zona toracale e sinistro-convessa lombare e tendenza ipercifotica del passaggio toraco-lombare e stato dopo frattura del corpo vertebrale in L2 nel 2010 trattata conservativamente; stato da discectomia C5/6 a sin (dicembre 2018); residua sindrome radicolare sensitiva deficitaria C6 a sin", mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa quelle di "leggero deficit di estensione del gomito ds in stato dopo lesione traumatica nel 2018 trattata conservativamente; sindrome lombare intermittente con stato da frattura del corpo vertebrale di L2 (2010) senza deficit neurologici associati; sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione (ICD10-F33.4); sovrappeso con BMI di 28

kg/m²” (doc. 130 pag. 54). Esprimendosi a proposito della capacità lavorativa residua, i periti hanno valutato che, dal profilo psichiatrico, l’assicurato sia pienamente abile al lavoro, con rendimento pieno, a partire da gennaio 2021 (cfr. apprezzamento peritale psichiatrico dell’11 gennaio 2023 del dr. _____, pag. 459-460 inc. AI); dal profilo neurologico, egli va considerato totalmente inabile al lavoro nell’abituale professione, ma ancora abile al lavoro al 100%, senza riduzione di rendimento, in attività adatte, nelle quali eviti di sovraccaricare gli arti superiori e la colonna cervicale e lombare (cfr. referto peritale del 1° febbraio 2023 del dr. _____, pag. 443-444 inc. AI); infine, dal profilo reumatologico, l’assicurato risulta totalmente inabile al lavoro nella precedente attività di _____ presso le _____, ma ancora abile al 100% in attività adeguate, che tengano in considerazione le sue limitazioni funzionali. Il dr. _____ ha precisato che l’assicurato, dopo la valutazione dei medici di fiducia delle _____, era stato reinserito professionalmente al 50% in un’attività diversa, prevalentemente di tipo amministrativo e di logistica. Lo specialista ha aggiunto che tale occupazione “è da ritenere non particolarmente adeguata alle condizioni di salute dell’assicurato, motivo per il quale occorrerà cercare un’attività più confacente alle sue risorse” (cfr. referto peritale del 15 febbraio 2023 del dr. _____, pag. 476-477 inc. AI). Dopo opportuna discussione plenaria, i periti hanno quindi concluso che l’assicurato sia totalmente inabile al lavoro nella sua professione abituale presso le _____, ma vada, per contro, considerato pienamente abile al lavoro in attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali, a partire dal mese di gennaio 2021 (doc. 130 pag. 56-57). Rispondendo alla precisa domanda relativa a “quali requisiti dovrebbe soddisfare un’attività adeguata in modo ottimale alla disabilità?”, i periti hanno evidenziato quanto segue: " Secondo il consulente in reumatologia l’A è limitato in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale soprattutto se deve mantenere delle posizioni statiche prolungate in particolar modo per quanto riguarda la colonna cervicale e lombare. Deve cambiare spesso di posizione. Non deve mantenere la posizione flessa in avanti per lungo tempo con la colonna lombare. Sono da evitare movimenti ripetitivi e violenti con la colonna cervicale. Può mantenere la posizione seduta per alcune ore. Deve poter, nell’ambito del possibile, appoggiare dopo alcune ore la testa per riposare. Può svolgere movimenti ripetitivi di flessione del tronco ma non in modo continuo. Può alzare dei pesi fino a 7.5-10 kg non ripetutamente. Può deambulare per almeno 10-15 min senza alcuna limitazione, oltre i 15 min con un certo incremento dei dolori. Il consulente in neurologia descrive che per quel che riguarda la capacità lavorativa vi è un’incapacità lavorativa del 100% come _____, tenuto presente che questa attività comporta anche sforzi ingenti con gli arti superiori, in particolare quando il paziente deve agganciare e sganciare vagoni. D’altronde gli era stato comunicato che le sue condizioni di salute non permettevano all’azienda di farlo lavorare in sicurezza _____. Per un’attività alternativa che non comporti sforzi con gli arti superiori né un sovraccarico della colonna vertebrale cervicale e lombare il paziente è abile al 100% dal punto di vista neurologico. Per il consulente in psichiatria non si evidenziano in questo momento dei deficit di risorse e di capacità a livello psichiatrico. A prescindere dalle valutazioni allegate in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico, le altre diagnosi internistiche descritte nel capitolo 6.3.2 non comportano una limitazione della capacità lavorativa.” (Doc. 130 pag. 57) Basandosi sulle risultanze peritali del _____, avallate dal SMR, con progetto di decisione del 2 agosto 2023 (doc.132), l’Ufficio AI ha concesso all’interessato una rendita intera temporanea dal 1° dicembre 2019 al 30 aprile 2021. L’assicurato ha contestato tale progetto di decisione, trasmettendo dei referti medici del dr. _____, specialista FMH

in neurochirurgia, del 5 settembre 2023 (doc. 139) e del 13 settembre 2023 (doc. 140) attestanti una ricaduta. Con rapporto finale del 27 novembre 2023 il dr. _____ del SMR ha considerato sussistere una “attuale IL 100% per problematica cervicale con possibile ulteriore intervento. In questa situazione è presente una IL del 100%, provvedimenti professionali non sono attuabili. Caso da revisionare per estate 2024” (doc. 153). Alla luce di queste valutazioni del SMR, l’Ufficio AI, annullando e sostituendo il precedente progetto di decisione del 2 agosto 2023, ha emanato un nuovo progetto di decisione, datato 28 novembre 2023, assegnando all’assicurato una rendita intera dal 1° dicembre 2019 al 30 aprile 2021 e poi nuovamente dal 1° settembre 2023 (doc. 154). In assenza di ulteriori osservazioni da parte del legale dell’interessato, il quale ha chiesto l’emanazione della “decisione definitiva” (doc. 156), in data 6 marzo 2024 l’amministrazione ha integralmente confermato il progetto di decisione di attribuzione di una rendita intera dal 1° dicembre 2019 al 30 aprile 2021 e poi nuovamente dal 1° settembre 2023 e continua (doc. A).

2.7. Per costante giurisprudenza (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-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l’amministrazione è parte solo dopo l’instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell’8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un’assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l’assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l’oggettività e l’imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell’apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale

federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir

de tel. (...)" . In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie , la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 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). 2.8. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente valutato lo stato di salute del ricorrente, dopo attenta analisi di tutti gli atti medici, questo Tribunale non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui essa è pervenuta sulla base della perizia pluridisciplinare del _____, da considerare pienamente probante. L'Ufficio AI, conformemente a quanto disposto da questa Corte nella sentenza di rinvio STCA 32.2021.72 del 25 novembre 2021, ha affidato agli specialisti del _____ il compito di valutare, tramite una perizia pluridisciplinare, lo stato di salute dell'interessato. Gli esperti in reumatologia (dr. med. _____), in neurologia (dr. _____) e in psichiatria e psicoterapia (dr. med. _____) hanno avuto modo di valutare l'assicurato analizzando la documentazione medica raccolta dall'Ufficio assicurazione invalidità presso i curanti, visitandolo di persona e analizzando i reperti soggettivi e le constatazioni oggettive, anche a mezzo di specifici esami (in particolare un'elettromiografia). I tre periti si sono dettagliatamente pronunciati, esaminando nel dettaglio, ciascuno nel suo specifico campo di competenza, quali sono le patologie che affliggono l'assicurato e le ripercussioni che le stesse hanno sulla sua capacità lavorativa sia nell'abituale professione di _____ presso le _____ (non più esigibile), sia in altre adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali (esigibili da gennaio 2021 a tempo pieno e senza riduzione di rendimento). Così come espressamente indicato nella sentenza di rinvio 32.2021.72 del 25 novembre 2021, gli esperti hanno ripercorso l'intera storia clinica dell'assicurato, analizzando in maniera esaustiva tutta la documentazione medica, compresa quella relativa anche agli infortuni subiti dall'interessato a livello lombare e dell'arto superiore destro. Sulla base dell'intera documentazione agli atti e delle visite specialistiche svolte, i periti del

_____ sono giunti a delle conclusioni affidabili, solide, ben motivate e condivisibili. Questo Tribunale non ha quindi ragione per scostarsene. Tale soluzione si impone a maggior ragione, ritenuto che, contrariamente a quanto sostenuto in sede ricorsuale – adducendo il carattere errato della valutazione dell'intervenuto miglioramento dello stato di salute operata dal _____ - le conclusioni degli specialisti del _____ e, in particolare, del perito psichiatra dr. _____, trovano piena conferma nelle attestazioni della psichiatra curante. La dr.ssa _____, spec. in psichiatria e psicoterapia, difatti, con referto del 21 dicembre 2020, ha attestato una piena capacità lavorativa dal 25 gennaio 2021 in attività adeguata (cfr. doc. 59). L'assicurato, inoltre, dal mese di gennaio 2021 è stato regolarmente iscritto in disoccupazione (cfr. doc. 232), alla ricerca di un'occupazione a tempo pieno (cfr. doc. 230). Del resto, va qui evidenziato come l'insorgente si sia limitato a contestare l'intervenuto miglioramento delle proprie condizioni di salute a partire dal mese di gennaio 2021, senza tuttavia produrre adeguata documentazione medico-specialistica in grado di mettere in discussione le conclusioni peritali del _____. Al contrario, nonostante il legale dell'assicurato abbia a più riprese preannunciato l'invio di referti medici a dimostrazione della presunta stazionarietà delle condizioni di salute dell'interessato nel periodo controverso - ottenendo a tal fine dal TCA, come ricordato in precedenza, continue proroghe del termine per trasmettere nuove prove (cfr. consid. 1.8., 1.10., 1.12., 1.13.) - ad oggi nulla è pervenuto a questo Tribunale (cfr. in particolare il doc. XVI: “ il medico specialista consultato non è stato in grado di pronunciarsi su quanto a lui richiesto” e doc. XX: “purtroppo neppure entro il termine ulteriormente prorogato, il medico consultato dal ricorrente è stato in grado di consegnare il richiesto rapporto da produrre quale ulteriore mezzo di prova”) . Stante tutto quanto precede, tenuto anche conto delle attestazioni della psichiatra curante e in mancanza di documentazione medico specialistica che ne possa mettere in discussione le conclusioni, il TCA ritiene pienamente probante la valutazione peritale posta alla base della decisione impugnata. 2.9. In conclusione, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al lavoro dell'assicurato nel periodo controverso, senza che si riveli necessario dare seguito agli ulteriori atti istruttori pretesi dal legale dell'insorgente, in particolare l'audizione testimoniale del medico curante dr. _____ (cfr. doc. XX). A tale proposito, va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). A fronte di una situazione medica ritenuta, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.8.), sufficientemente chiarita in sede peritale, in accordo con quanto del resto attestato dalla stessa psichiatra curante, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove di carattere medico. Visto quanto sopra, in base al grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (fra le tante: DTF 139 V 218 consid. 5.3), rettamente l'Ufficio AI, sulla scorta della perizia pluridisciplinare del _____, a seguito del miglioramento dello stato di salute intervenuto a decorrere dal mese di gennaio

2021 - e prima del nuovo peggioramento subentrato dal mese di settembre 2023 - ha concluso per una completa abilità lavorativa dell'assicurato in attività adatte al suo stato di salute. Va ora esaminato se l'amministrazione ha correttamente quantificato al 30% il grado d'invalidità dell'assicurato, con conseguente soppressione della rendita di invalidità nel periodo successivo al 30 aprile 2021, come risulta dalla motivazione della decisione del 6 marzo 2024 (cfr. doc. A) e dalla decisione del 16 maggio 2024 (cfr. doc. VI + 1). 2.10. Per quel che concerne l'aspetto economico, alla valutazione dell'Ufficio AI va data adesione. Stante nel gennaio 2021 un'abilità lavorativa del 100% in attività leggere adeguate, l'amministrazione ha proceduto al raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità. Conformemente all'art. 16 LPGA (cfr. consid. 2.2), la stessa ha quindi correttamente raffrontato un reddito da valido, incontestato, di fr. 79'211.41 (pari alla media dei redditi _____ 2016-2018, aggiornati al 2021, cfr. doc. A e pag. 552 inc. AI) ad un reddito da invalido di fr. 55'836.34 (determinato partendo dai fr. 65'689.81 statisticamente conseguibili nel 2020 e aggiornati al 2021 da personale maschile in attività semplici e ripetitive, che presuppongono qualifiche inferiori e comportano attività semplici e ripetitive nel settore privato svizzero, valore mediano, ritenute esigibili dall'assicurato in base alle suesposte conclusioni medico teoriche, già riportati su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili, e riducendo tale importo del 15% per tenere conto della necessità di effettuare attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, cfr. pag. 553 inc. AI), giungendo ad un grado d'invalidità del 29.51% ($79'211.41 - 55'836.34 \times 100 : 79'211.41$), che non gli dà (più) diritto ad una rendita. Tale calcolo ha correttamente tenuto conto delle norme applicabili sino al 31 dicembre 2021 (per quanto riguarda le nuove norme valide dal 1° gennaio 2022 in materia di valutazione del grado di invalidità cfr. gli art. 28a LAI, art. 25-26bis OAI), facendo peraltro giustamente capo, per quanto riguarda i salari applicati, ai dati salariali statistici ufficiali (riguardo all'applicabilità dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica di Berna, cfr. anche la giurisprudenza del TF, in particolare DTF 142 V 178 consid. 2.5.7, 128 V 174; a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. anche RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss). Contestata, nel caso di specie, è unicamente l'entità della riduzione percentuale applicata al reddito statistico, stabilita dall'amministrazione nella misura del 15% per la necessità di svolgere unicamente attività leggere (tasso di riduzione dell'8%) e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (tasso di riduzione del 7%, cfr. tabella di cui alla pag. 553 inc. AI). L'assicurato ha preteso che la stessa venga aumentata al 25% "per considerare pure la sua età e il suo livello formativo" (cfr. doc. I). 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).

Chiamato a pronunciarsi, 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'insorgente, in maniera anche generosa, ritenuto che la deduzione "per attività leggera" non è più applicabile secondo la giurisprudenza (STF 8C_234/2022 del 27 gennaio 2023, consid. 7.3: " Occorre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse, non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali. Il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni.".) Per l'assicurato, nato nel 1975 e di nazionalità svizzera, abile al lavoro al 100% in attività adeguate, non vi sono altri fattori che possano giustificare una riduzione percentuale superiore a quella già accordata. Contrariamente a quanto preteso dal legale dell'assicurato, l'età dell'insorgente non può certo essere considerata avanzata. In ogni modo, a proposito del fattore età, va ricordato che il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza di tale fattore in relazione a lavoratori ausiliari, in quanto non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso (cfr . "(...) auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2) "; STF 8C_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure STF 8C_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3 e 8C_361/2011 del 20 luglio 2011). Quanto al livello formativo, pure citato dal legale dell'insorgente quale altro fattore giustificante – a suo parere – un'ulteriore deduzione, va osservato che la scarsa formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello 1 attività semplici e ripetitive di tipo fisico o manuale) 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). Per il resto non è stato comprovato in alcun modo che vi siano circostanze eccezionali in un mercato equilibrato del lavoro che nella fattispecie permetterebbero di affermare che l'assicurato subisca uno svantaggio tale da trovarsi in una situazione inferiore alla media. Raffrontando il reddito da valido di fr. 79'211.41 con quello da invalido di fr. 55'836.34 (già comprensivo della riduzione sociale del 15%), si ottiene un grado d'invalidità del 29.51%, arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121), al 30%, percentuale che non dà (più) diritto ad una rendita, come correttamente calcolato dall'UAI. Quand'anche si applicasse, per pura ipotesi di lavoro, la deduzione sociale del 25% invocata dall'insorgente, il risultato a cui si giungerebbe non muterebbe, essendo sempre il grado di invalidità inferiore al grado minimo pensionabile del 40% (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI). In simili condizioni, a giusta ragione l'UAI ha soppresso la rendita intera di cui beneficiava l'interessato a partire dal 1° maggio 2021,

ossia tre mesi dopo il miglioramento delle condizioni di salute del gennaio 2021 (cfr. 88a cpv. 1 OAI e doc. A). 2.11. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è in essere l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.