

TI_GERICHTE 32.2024.67 vom 28. August 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-08-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.67

FR: TI_GERICHTE 32.2024.67 du 28 août 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.67 del 28 agosto 2024

Erwägungen

E. 31

dicembre 2021 si applicano fino all'estinzione o alla soppressione del diritto alla rendita. Inoltre, va rammentato che la Disposizione transitoria della modifica del 18 ottobre 2023 prevede al cpv. 1 che le rendite correnti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 18 ottobre 2023 per un grado d'invalidità inferiore al 70 per cento per le quali il reddito con invalidità è stato determinato in base a valori statistici senza applicarvi già una deduzione del 20 per cento sono sottoposte a revisione entro tre anni dall'entrata in vigore della presente modifica. Nei casi in cui la revisione determinerebbe una riduzione o soppressione della rendita, vi si rinuncia. Un aumento della rendita ha effetto dal momento dell'entrata in vigore della presente modifica. Per il cpv. 2, in caso di presentazione di una nuova richiesta di prestazioni da parte di un assicurato cui prima dell'entrata in vigore della modifica del 18 ottobre 2023 è stata negata una rendita o una riforma professionale perché il suo grado d'invalidità era insufficiente, si entra nel merito della richiesta qualora sia reso verosimile che l'applicazione della nuova regolamentazione di cui all'articolo 26bis capoverso 3 al calcolo del grado d'invalidità potrebbe determinare il diritto a una rendita o a una riforma professionale. Nel caso di specie con decisione del 10 novembre 2021 l'assicurato, nato nel 1968, è stato messo al beneficio di una rendita d'invalidità intera con effetto dal 1° febbraio 2020 e diritto al versamento delle prestazioni dal 1° aprile 2020. Nel corso del mese di settembre 2022 l'Ufficio AI ha avviato una revisione d'ufficio del diritto alla rendita dell'assicurato e con decisione del 5 dicembre 2023 l'amministrazione ha ridotto al 41% il grado d'invalidità dal 1° febbraio 2024. Il 23 febbraio 2024, su richiesta dell'assicurato, che ha fatto valere un peggioramento del suo stato di salute, è stata avviata una nuova procedura di revisione. In queste condizioni al caso di specie trovano applicazione le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2022. nel merito 2.2. 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%. Con il nuovo art. 28 b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2); se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70%, gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera (cpv. 3); mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, si ha che al grado d'invalidità del 40% la quota percentuale è del 25% di una rendita intera (un quarto di rendita) e per ogni grado d'invalidità supplementare si computa una quota del 2,5% (cpv. 4). 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). 2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, la rendita sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche all'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando , in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado

d'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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). 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; 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). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.4. 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). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 351; 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; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di

modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.5. Nel caso di specie con decisione del 5 dicembre 2023 l'Ufficio AI ha stabilito che l'insorgente era inabile al lavoro al 60% dal 26 settembre 2022 in qualsiasi attività (pag. 547 incarto AI). Effettuato il raffronto dei redditi l'amministrazione ha ridotto al 41% il grado d'invalidità del ricorrente. L'Ufficio AI si era fondato sul rapporto finale SMR del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del 26 luglio 2023 (cfr. pag. 469 e 511 incarto AI), il quale a sua volta si è basato sulla numerosa documentazione medica agli atti, segnatamente sul rapporto del 26 settembre 2022 del curante, dr. med. _____, che ha attestato un'incapacità lavorativa stimabile tra il 50-60% (pag. 407 incarto AI) e sul referto neuropsicologico allestito dal dr. med. _____ il 13 giugno 2023 (pag. 459 incarto AI). Il dr. med. _____, posta la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici in riduzione, ICD 10 F32.2, e stato dopo endocardite della valvola mitrale necessitante di successivo intervento di ricostruzione valvolare chirurgica di corda tendinea, ha accertato una incapacità lavorativa dell'85% dal 1° settembre 2020 e del 60% dal 26 settembre 2022 in qualsiasi attività (pag. 470 incarto AI). In seguito alla produzione di nuova documentazione medica, l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al medico SMR, che ha confermato la sua valutazione (pag. 598 incarto AI). L'amministrazione ha quindi chiesto al ricorrente se quanto prodotto andava inteso quale ricorso contro la decisione del 5 dicembre 2023 oppure quale richiesta di revisione del grado AI (pag. 597 incarto AI). Il 20 febbraio 2024 il ricorrente ha risposto che intendeva chiedere una revisione del grado AI (pag. 608 incarto AI). L'Ufficio AI ha conseguentemente fatto allestire una perizia psichiatrica ad

opera del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Nel referto dell'11 giugno 2024 lo specialista ha evidenziato di aver visitato l'insorgente il 23 maggio 2024 ed il 10 giugno 2024. Riassunti gli atti, descritta l'anamnesi e la terapia, il perito ha affermato: " (...) Rispetto all'entità dei deficit, sono emerse tuttavia notevoli incoerenze. In primo luogo, si segnala che già il perito precedente, Dr. med. _____, reputava che dopo 12 mesi di cure adeguate la depressione potesse andare incontro a un ragionevole miglioramento. Agli atti si continua a parlare di depressione maggiore grave, anche dopo il 2022, ma l'entità della presa a carico psichiatrica non è né conseguente né congruente. Dall'estratto delle spese di cassa malati, nel 2022 la frequenza delle visite psichiatriche era di un colloquio di 40 minuti al mese, tranne per il mese di febbraio, ove si erano svolti due colloqui. Nel primo trimestre del 2023 risultavano solo due colloqui psichiatrici in presenza di 40 minuti. Il periziando non è mai stato ricoverato in psichiatria per una ridefinizione della sua terapia farmacologica e monitoraggio costante. Manca una presa a carico infermieristica specializzata, che possa favorire un recupero e una conservazione della funzionalità quotidiana. Mancano attività occupazionali o con scopo riabilitativo. Manca una psicoterapia intensa, continuativa e specifica per la depressione, che possa favorire un'evoluzione del quadro clinico e che lavori in sinergia con la terapia farmacologica prescritta. Già la valutazione neuropsicologica del Dr. _____ e la successiva presa di posizione, mettevano in luce dei deficit, ma anche una sicura tendenza all'amplificazione degli stessi. Anche il test svolto dal perito conferma in maniera netta e univoca un'amplificazione, almeno di alcuni sintomi psichiatrici. D'altra parte non si può dimenticare, come già detto in passato, che se i deficit fossero tutti reali, il periziando non sarebbe in grado di usare la propria vettura, di trasportare in sicurezza la figlia, di muoversi da solo con la bici elettrica, di fare la spesa con la moglie o di fare i cosiddetti "lavoretti" quotidiani nell'azienda agricola di famiglia e anche in casa. Molto strano risulta anche il fatto che, un soggetto che si vorrebbe affetto da una grave depressione maggiore, riesca quotidianamente ad alzarsi presto alla mattina, per accompagnare in stalla i familiari e fare qualche lavoretto con loro." (pag. 688-689) Il perito ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di ICD 10 F32.2-1 pregresso episodio depressivo grave, senza sintomi psicotici, attualmente depressione di media gravità. Secondo lo specialista la depressione ha una verosimile genesi multifattoriale, sia funzionale che organica e un andamento cronico, in uno stato dopo endocardite della valvola mitrale, necessitante un intervento di ricostruzione valvolare chirurgica e di un trattamento chirurgico urgente delle complicazioni occorse. Il dr. med. _____ ha poi aggiunto: " (...) Nonostante l'esito dei test effettuati e nonostante le incoerenze elencate, il perito trova giusto essere prudente nel suo giudizio per le seguenti ragioni: - L'assicurato potrebbe aver effettivamente riportato delle conseguenze sul piano organico a causa dell'endocardite e delle successive complicanze post intervento chirurgico. È infatti evidente che prima di essa non erano note problematiche di salute. - Tra i danni alla salute vi potrebbero essere stati sia problemi cognitivi, che una tendenza depressiva del tono dell'umore, a genesi mista (organica e funzionale). - A fronte di quanto è successo nel 2019, è dunque prudente evitare di qualificare l'assicurato come un simulante, ma è ragionevole continuare a riconoscere l'incapacità lavorativa che già l'SMR aveva riconosciuto nel 2023 e che aveva portato alla decisione AI del 12.10.2023, la quale si era allineata peraltro al giudizio del medico di famiglia, il quale conosce da anni l'assicurato e la sua situazione. - L'atteggiamento amplificatorio dell'assicurato e la sua incoerente passività "a macchia di leopardo", nonché la dipendenza delle figure di attaccamento, in particolare dalla moglie, potrebbero trovare

una spiegazione plausibile in antiche esperienze infantili abbandoniche, che potrebbero, almeno teoricamente, giustificare le tendenze pseudo-regressive insorte dopo il danno del 2019. - La moglie mi ha informato infatti che, tre anni fa, è stato appurato con sicurezza che, dopo la nascita, il marito era stato collocato alla _____ per motivi non noti e, dopo un anno e mezzo, egli era stato in affidamento a una donna di _____, presso la quale era rimasto fino ai cinque anni di età.” (pag. 694 incarto AI) Il perito ha infine stabilito che l’insorgente è inabile al lavoro al 60% (riduzione del rendimento) in qualsiasi attività e questo dal 12 ottobre 2023 (pag. 697-698 incarto AI). La valutazione è stata confermata il 12 giugno 2024 dal medico SMR, dr. med. _____ (pag. 674 e seguenti incarto AI). In sede di ricorso il ricorrente, oltre ai referti del 28 maggio 2022, del 22 ottobre 2022 e del 7 dicembre 2023 del _____, già agli atti, ha prodotto un certificato del 6 settembre 2024 del curante, dr. med. _____, FMH medicina interna, ed un certificato del 14 maggio 2024 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Il dr. med. _____ ha affermato: " (...) Dal mio rapporto di decorso del 26.09.2022, inviato all’assicurazione invalidità, scrissi che l’inabilità lavorativa era stimabile nell’ordine del 50-60%. A tale proposito ricordo che, da parte mia visitai il Signor RI 1 durante l’anno 2022 unicamente il 21.02.2022 (paziente seguito da più medici specialisti e sottoposto ad approfondite valutazioni) e perciò l’incapacità lavorativa era, come scritto, solo stimata e non teneva conto del parere di altri medici coinvolti nelle cure del paziente. Inoltre il grado di inabilità collide con quanto da me certificato il 12.01.2021 (_____) che attestava una incapacità lavorativa al 75% continua, dal 29.09.2020. Di queste incongruenze me ne scuso. Ricordo inoltre che il Signor RI 1 a partire dal 29.09.2020 è seguito dal Dr. _____, psichiatra, _____, che ha verosimilmente fornito alle assicurazioni coinvolte, indicazioni precise riguardo l’incapacità lavorativa, indicazioni che sono aggiornate e che hanno prevalenza sulle mie valutazioni (purtroppo incongruenti) concernenti la problematica medico-assicurativa.” (doc. A2) Da parte sua il dr. med. _____ il 14 maggio 2024 ha affermato di avere in cura l’insorgente, su indicazione del dr. med. _____, dal 29 settembre 2020 e di averlo visitato “ in data odierna ”. Lo specialista ha sostenuto che da un punto di vista medico-psichiatrico l’insorgente presenta un’inabilità lavorativa del 100% “ sin dalla prima visita e che perdura fino a tuttora ” (doc. A4). 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l’invalidità, all’amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell’indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall’assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia

o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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). Rimangono riservati i casi in cui questi evidenzino elementi oggettivamente verificabili, ignorati dalla perizia e sufficientemente pertinenti per imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta (cfr. fra tante, sentenza 8C_21/2024 del 24 giugno 2024, consid. 5.2; sentenza 8C_365/2023 del 23 aprile 2024 con riferimenti alle sentenze 8C_267/2023 del 17 novembre 2023 consid. 3.2; 8C_33/2023 del 12 settembre 2023 consid. 3.2). 2.7. 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. 2.8. In concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata del 28 agosto 2024, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, deve confermare le conclusioni della perizia del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, dell'11 giugno 2024 (pag. 678 e seguenti dell'incarto AI), le cui conclusioni sono state avallate dal medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 12 giugno 2024 (pag. 674-676 incarto AI) e che concludono per un'incapacità lavorativa (riduzione del rendimento) del 60% in qualsiasi attività dal 12 ottobre 2023. Il referto, allestito dopo una procedura probatoria strutturata, è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri

giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. Il perito si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa del ricorrente sulla base delle visite effettuate presso di lui. Al referto va attribuita piena forza probante. Il dr. med. _____, descritti gli atti rilevanti, riportata l'anamnesi e l'esame obiettivo e posta la diagnosi di con ripercussioni sulla capacità lavorativa di ICD 10 F32.2-1 pregresso episodio depressivo grave, senza sintomi psicotici, attualmente depressione di media gravità, ha spiegato nel dettaglio i motivi per i quali l'insorgente va ritenuto inabile al lavoro al 60%, inteso come riduzione del rendimento, in qualsiasi attività, e questo dal 12 ottobre 2023. Lo specialista, effettuati il test Sirs-2 per valutare la simulazione dei disturbi mentali ed il Mini-ICF App, ha indicato le ragioni per le quali, malgrado le, notevoli, incoerenze rilevate nel corso dell'esame peritale ha ritenuto comunque di essere prudente nel suo giudizio. Nello specifico, il dr. med. _____ ha confermato il miglioramento dello stato di salute del ricorrente sulla base di elementi oggettivi. Lo specialista ha sottolineato come " già il perito precedente, Dr. med. _____, reputava che dopo 12 mesi di cure adeguate la depressione potesse andare incontro a un ragionevole miglioramento ", ha evidenziato che " si continua a parlare di depressione maggiore grave, anche dopo il 2022, ma l'entità della presa a carico psichiatrica non è né conseguente né congruente ", poiché dall'estratto " delle spese di cassa malati, nel 2022 la frequenza delle visite psichiatriche era di un colloquio di 40 minuti al mese, tranne per il mese di febbraio, ove si erano svolti due colloqui. Nel primo trimestre del 2023 risultavano solo due colloqui psichiatrici in presenza di 40 minuti ". Il dr. med. _____ ha poi aggiunto che il ricorrente " non è mai stato ricoverato in psichiatria per una ridefinizione della sua terapia farmacologica e monitoraggio costante ", che manca " una presa a carico infermieristica specializzata, che possa favorire un recupero e una conservazione della funzionalità quotidiana " che non sono presenti " attività occupazionali o con scopo riabilitativo " e " una psicoterapia intensa, continuativa e specifica per la depressione, che possa favorire un'evoluzione del quadro clinico e che lavori in sinergia con la terapia farmacologica prescritta ". Lo psichiatra ha poi evidenziato che " la valutazione neuropsicologica del Dr. _____ e la successiva presa di posizione, mettevano in luce dei deficit, ma anche una sicura tendenza all'amplificazione degli stessi " ed anche " il test svolto dal perito conferma in maniera netta e univoca un'amplificazione, almeno di alcuni sintomi psichiatrici ". Secondo il perito " D'altra parte non si può dimenticare, come già detto in passato, che se i deficit fossero tutti reali, il periziando non sarebbe in grado di usare la propria vettura, di trasportare in sicurezza la figlia, di muoversi da solo con la bici elettrica, di fare la spesa con la moglie o di fare i cosiddetti "lavoretti" quotidiani nell'azienda agricola di famiglia e anche in casa " e che " Molto strano risulta anche il fatto che, un soggetto che si vorrebbe affetto da una grave depressione maggiore, riesca quotidianamente ad alzarsi presto alla mattina, per accompagnare in stalla i familiari e fare qualche lavoretto con loro ". Da cui la conferma del miglioramento dello stato di salute del ricorrente. D'altra parte il dr. med. _____, pur non misconoscendo le notevoli incoerenze rilevate nel corso dell'esame peritale ha comunque ritenuto di essere prudente nel suo giudizio, spiegando partitamente i motivi (" L'assicurato potrebbe aver effettivamente riportato delle conseguenze sul piano organico a causa dell'endocardite e delle successive complicanze post intervento chirurgico. È infatti evidente che prima di essa non erano note problematiche di salute "; " Tra i danni alla salute vi potrebbero essere stati sia problemi cognitivi, che una tendenza depressiva del tono dell'umore, a genesi mista (organica e funzionale) "; " A fronte di quanto è successo nel

2019, è dunque prudente evitare di qualificare l'assicurato come un simulante, ma è ragionevole continuare a riconoscere l'inabilità lavorativa che già l'SMR aveva riconosciuto nel 2023 e che aveva portato alla decisione AI del 12.10.2023, la quale si era allineata peraltro al giudizio del medico di famiglia, il quale conosce da anni l'assicurato e la sua situazione”; “L'atteggiamento amplificatorio dell'assicurato e la sua incoerente passività “a macchia di leopardo”, nonché la dipendenza delle figure di attaccamento, in particolare dalla moglie, potrebbero trovare una spiegazione plausibile in antiche esperienze infantili abbandoniche, che potrebbero, almeno teoricamente, giustificare le tendenze pseudo-regressive insorte dopo il danno del 2019”; “La moglie mi ha informato infatti che, tre anni fa, è stato appurato con sicurezza che, dopo la nascita, il marito era stato collocato alla _____ per motivi non noti e, dopo un anno e mezzo, egli era stato in affidamento a una donna di _____, presso la quale era rimasto fino ai cinque anni di età”). Il dr. med. _____ ha infine verificato che le condizioni oggettive, escluse le amplificazioni che sono state osservate, “giustificano le conclusioni alle quali era giunto nel 2023 il Servizio Medico Regionale dell'Ufficio assicurazione invalidità”, ossia un'incapacità lavorativa del 60%. La documentazione prodotta dal ricorrente non scalfisce l'approfondita e motivata valutazione peritale. Nel certificato del 14 maggio 2024 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, si limita ad affermare che l'assicurato è inabile al lavoro al 100% sin dalla prima visita del 29 settembre 2020, tesi peraltro già smentita nell'ambito della precedente procedura, senza apportare alcun elemento medico oggettivo verificabile e che sarebbe stato ignorato dalla perizia, per poterne imporre un complemento al fine di chiarire alcuni suoi aspetti o per arrivare direttamente ad una conclusione opposta (cfr. fra tante, sentenza 9C_418/2023 del 4 settembre 2024, consid. 5.2.1; sentenza 8C_21/2024 del 24 giugno 2024, consid. 5.2; sentenza 8C_365/2023 del 23 aprile 2024 con riferimenti alle sentenze 8C_267/2023 del 17 novembre 2023 consid. 3.2; 8C_33/2023 del 12 settembre 2023 consid. 3.2). A questo proposito va 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 (STF 9C_418/2023 del 4 settembre 2024, consid. 5.2.2; STF 9C_178/2024 del 28 marzo 2024, con rinvio alla STF 9C_96/2022 dell'8 agosto 2022, consid. 6.3; STF 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; sulla prudenza dell'opinione del medico curante a causa dei particolari legami che ha con il paziente: DTF 125 V 351 consid. 3b/cc; STF 9C_337/2023 del 22 agosto 2023 consid. 3.3.2). Rimangono riservati i casi in cui i curanti evidenziano elementi oggettivamente verificabili, ignorati dalla perizia (STF 9C_418/2023 del 4 settembre 2024, consid. 5.2.2; STF 8C_365/2023 del 23 aprile 2024, consid. 4), che però non sono dati nel caso in rassegna (cfr. STF 9C_418/2023 del 4 settembre 2024, consid. 5.2.2). Inoltre, relativamente alla differente valutazione della capacità lavorativa del curante, essa 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). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Neppure il referto del 6 settembre 2024 del dr. med. _____, FMH medicina interna, è atto a modificare la valutazione peritale. Il curante

afferma che la sua valutazione dell'incapacità lavorativa contenuta nel rapporto di decorso del 26 settembre 2022 era una stima poiché aveva visitato l'insorgente solo in un'occasione il 21 febbraio 2022 e non teneva conto dei pareri di altri medici coinvolti né dell'incapacità lavorativa attestata da lui medesimo per la _____ il 12 gennaio 2021, ossia oltre un anno e mezzo prima, e pari al 75%. Egli tuttavia non spiega per quale motivo la sua valutazione, effettuata in tempi non sospetti, non sarebbe stata conforme allo stato valetudinario da lui accertato, e non si confronta con le spiegazioni del dr. med.

_____ che nel suo referto ha in ogni caso confermato, sulla base di elementi medici oggettivi rilevati al momento dell'esame peritale e dopo un esame approfondito dello stato valetudinario dell'insorgente, che anche dal 12 ottobre 2023 (data del precedente progetto di decisione) il ricorrente presentava, dal lato psichico, come al momento dell'esame peritale del mese di giugno 2024, un'incapacità lavorativa del 60%, intesa come riduzione del rendimento. Non va poi dimenticato che in un referto del 12 marzo 2024, antecedente alla decisione qui impugnata, lo stesso dr. med. _____, interpellato dall'Ufficio AI, in relazione con la valutazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente aveva rinviato " ai miei rapporti precedenti (31.08.2020 e 26.02 [recte: 09.]2022), informandovi che ho rivisto il signor RI 1 per l'ultima volta il 20.02.2024 e che valuto il paziente ogni 3-4 mesi. (...)" e precisando che "L'incapacità lavorativa non è stata da me modificata negli anni " (pag. 634 incarto AI). Ora, nel referto del 26 settembre 2022 il curante aveva attestato che " l'attuale inabilità lavorativa, è stimabile nell'ordine del 50-60% " (pag. 407 incarto AI). Infine, i tre referti del 28 maggio 2022, del 22 ottobre 2022 e del 7 dicembre 2023 del _____, prodotti con il ricorso, sono già agli atti (cfr. pag. 405-406, 430-431 e 575-578 incarto AI) e sono quindi stati presi in considerazione sia nell'ambito della precedente che della presente procedura (cfr. la perizia del 10 giugno 2023 del dott. _____ e la presa di posizione del 4 febbraio 2024 del medesimo perito sul referto del 7 dicembre 2023; pag. 599-600 incarto AI e la perizia del dr. med. _____, pag. 681-682 incarto AI). Non vi è pertanto alcun motivo per scostarsi dalla perizia del dr. med. _____, il cui esito è peraltro stato confermato dal medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. A questo proposito va rammentato che per l'art. 49 cpv. 1 OAI i servizi medici regionali (SMR) valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei. Secondo l'art. 49 cpv. 1 bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022 nello stabilire la capacità funzionale (art. 54a cpv. 3 LAI) va considerata e motivata la capacità al lavoro attestata a livello medico nell'attività precedentemente svolta e nelle attività adattate, tenendo conto di tutte le risorse fisiche, psichiche e mentali, nonché delle limitazioni, in termini qualitativi e quantitativi. Ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 OAI se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami. L'art. 49 cpv. 3 OAI prevede che i servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione. Ne segue che a ragione l'Ufficio AI ha considerato che l'insorgente è incapace al lavoro al 60%, inteso come riduzione del rendimento. 2.9. Va ora esaminato il raffronto dei redditi effettuato dall'Ufficio AI. L'art. 25 OAI (principi per il confronto dei redditi), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022, al cpv. 1 prevede che sono considerati redditi lavorativi secondo l'articolo 16 LPGGA i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS, escluse tuttavia: a. le prestazioni del datore di lavoro per perdita di salario cagionata da infortunio o malattia, se l'incapacità lavorativa è debitamente comprovata; b. le indennità di disoccupazione, le indennità di perdita di

guadagno secondo la LIPG e le indennità giornaliere dell'assicurazione invalidità. Secondo l'art. 25 cpv. 2 OAI i redditi lavorativi determinanti secondo l'articolo 16 LPGGA vanno stabiliti su una base temporale identica e tenendo conto del mercato del lavoro in Svizzera. Ai sensi dell'art. 25 cpv. 3 OAI se per la determinazione dei redditi lavorativi determinanti si impiegano valori statistici, vanno presi come riferimento i valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'Ufficio federale di statistica. Possono essere impiegati altri valori statistici, se nel singolo caso il reddito non figura nella RSS. Vanno utilizzati valori indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso. Per l'art. 25 cpv. 4 OAI i valori statistici di cui al capoverso 3 vanno adeguati in funzione della durata di lavoro normale nelle aziende secondo le divisioni economiche e dell'evoluzione dei salari nominali.

2.10. In concreto, per quanto concerne il reddito che l'insorgente avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute (reddito da valido), l'art. 26 OAI, in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che il reddito senza invalidità (art. 16 LPGGA) è determinato sulla base dell'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito prima dell'insorgere dell'invalidità. Se il reddito lavorativo conseguito negli ultimi anni prima dell'insorgere dell'invalidità era soggetto a forti variazioni, ci si basa su un reddito medio adeguato (cpv. 1). Per il cpv. 2 se il reddito lavorativo effettivamente conseguito è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso 3, il reddito senza invalidità corrisponde al 95 per cento di questo valore centrale. Secondo l'art. 26 cpv. 3 OAI, il capoverso 2 non è applicabile, se: a. anche il reddito con invalidità secondo l'articolo 26bis capoverso 1 è inferiore di almeno il 5 per cento al valore centrale usuale del settore secondo la RSS di cui all'articolo 25 capoverso 3; o b. il reddito è stato conseguito con un'attività lucrativa indipendente. L'art. 26 cpv. 4 OAI prevede che se il reddito lavorativo effettivamente conseguito non può essere determinato o non può esserlo in misura sufficientemente precisa, il reddito senza invalidità è fissato sulla base dei valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3 relativi alle persone con la medesima formazione e condizioni professionali analoghe. In concreto, dall'esame effettuato dall'Ufficio AI, e meglio dal rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente dell'8 giugno 2021, è emerso che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe conseguito nella sua originaria attività di indipendente fr. 42'350 lordi all'anno, aggiornati al 2022 a fr. 43'606 (cfr. pag. 307 e 728 incarto AI). Questo importo non è stato contestato dall'insorgente.

2.11. Circa il reddito che l'interessato avrebbe potuto conseguire con il danno alla salute (reddito da invalido), l'art. 26bis OAI in vigore dal 1° gennaio 2022, prevede che se dopo l'insorgere dell'invalidità l'assicurato consegue un reddito lavorativo, quest'ultimo gli viene computato quale reddito con invalidità (art. 16 LPGGA), sempre che gli permetta di valorizzare al meglio la sua capacità funzionale residua in relazione a un'attività lucrativa da lui ragionevolmente esigibile (cpv. 1). Per l'art. 26bis cpv. 2 OAI se non vi è alcun reddito lavorativo computabile, il reddito con invalidità è determinato in base ai valori statistici di cui all'articolo 25 capoverso 3. In deroga all'articolo 25 capoverso 3, per gli assicurati di cui all'articolo 26 capoverso 6 vanno impiegati valori indipendenti dal sesso. Secondo l'art. 26bis cpv. 3 OAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2023, se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1bis pari o inferiore al 50 per cento, al valore determinato in base a valori statistici è applicata una deduzione del dieci per cento per attività lucrativa a tempo parziale. L'art. 26bis cpv. 3 OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2024 prevede che al valore determinato in base a valori statistici secondo il capoverso 2 è applicata una deduzione del 10 per cento. Se a causa dell'invalidità l'assicurato può lavorare soltanto con

una capacità funzionale secondo l'articolo 49 capoverso 1bis pari o inferiore al 50 per cento, è applicata una deduzione del 20 per cento. Non sono ammesse ulteriori deduzioni. Secondo la giurisprudenza federale, antecedente alla modifica della LAI entrata in vigore il 1° gennaio 2022, 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. Con sentenza 8C_823/2023 dell'8 luglio 2024, destinata a pubblicazione (cfr. anche sentenza 8C_179/2024 del 16 ottobre 2024), il Tribunale federale ha stabilito che la regolamentazione, introdotta per via di ordinanza all'inizio del 2022 e in vigore fino alla fine del 2023, riguardo alla determinazione del grado d'invalidità sulla base dei dati salariali risultanti dalle tabelle RSS è parzialmente contraria al diritto federale. Le possibilità di correzione del salario tabellare RSS determinante nel caso specifico, per tenere conto dell'effettiva situazione della persona assicurata, sono insufficienti. Se necessario, occorre pertanto appellarsi anche alla prassi del Tribunale federale in materia applicata finora (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 23 luglio 2024). Come indicato in sede di risposta dall'Ufficio AI, il 24 settembre 2024 il consigliere nazionale Christian Lohr, Gruppo del Centro, Alleanza del Centro, PEV, ha inoltrato l'interpellanza 24.3980, chiedendo al Consiglio federale se non deve rivedere la sua posizione e riconsiderare i principi della giurisprudenza del Tribunale federale sulla deduzione dovuta al danno alla salute dal salario statistico della RSS (doc. VI/2). In concreto, l'Ufficio AI ha preso in considerazione il salario lordo mediamente percepito dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 pubblicata in DTF 142 V 178, consid. 2.5.7) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), evinto dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2020, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2020 tirage_skill_level (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) ed aggiornato al 2022 a fr. 66'265.75. Il salario da invalido è poi stato ridotto del 60% (incapacità lavorativa) a fr. 26'506.30 ed in seguito complessivamente del 20% (riduzione del 10% legata al mercato del lavoro e riduzione del 10% per attività a tempo parziale [cfr. decisione impugnata, pag. 749 incarto AI]) per un importo complessivo di fr. 21'205.04. Considerato che nel caso di specie l'Ufficio AI ha applicato una riduzione complessiva del 20%, ossia una percentuale che rientra nei parametri della giurisprudenza valida fino al 31 dicembre 2022 per casi simili a quello in esame e che nel preciso caso concreto non andrebbe comunque applicata una riduzione maggiore neppure se si applicasse la precedente giurisprudenza (il ricorrente è nato nel 1968 ed è di nazionalità svizzera), non occorre qui esaminare se, alla luce della sentenza 8C_823/2023 dell'8 luglio 2024 (cfr. anche sentenza 8C_179/2024 del 16 ottobre 2024), in generale, sarebbe ancora teoricamente applicabile una riduzione massima del 25% anche dopo il 1° gennaio 2024. In concreto, raffrontando il reddito da valido di fr. 43'606 con quello da invalido di fr. 21'205.04, si ottiene un grado d'invalidità del 51.37% arrotondato, conformemente alla giurisprudenza (DTF 130 V 121),

al 51%, come calcolato dall'Ufficio AI. Va ancora evidenziato che il perito ha confermato il miglioramento dello stato di salute dal 12 ottobre 2023 (data del precedente progetto di decisione, pag. 512-515 incarto AI) e che con la precedente decisione del 5 dicembre 2023 (pag. 570-571 incarto AI) l'Ufficio AI aveva ridotto la rendita da intera al 41% dal 1° febbraio 2024 in applicazione dell'art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI per il quale la riduzione della rendita è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. Considerato che la Disposizione transitoria della modifica del 18 ottobre 2023 prevede al cpv. 1 che " le rendite correnti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 18 ottobre 2023 per un grado d'invalidità inferiore al 70 per cento per le quali il reddito con invalidità è stato determinato in base a valori statistici senza applicarvi già una deduzione del 20 per cento sono sottoposte a revisione entro tre anni dall'entrata in vigore della presente modifica (...) un aumento della rendita ha effetto dal momento dell'entrata in vigore della presente modifica ", a giusta ragione l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita del 51% dal 1° febbraio 2024. Ne segue che il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.12. 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.

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