

TI_GERICHTE 32.2019.106 vom 10. April 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-04-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.106

FR: TI_GERICHTE 32.2019.106 du 10 avril 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.106 del 10 aprile 2019

Erwägungen

E. 9

aprile 2019 il medico SMR, dr.ssa med. _____, preso atto della valutazione della dr.ssa med. _____, ha rilevato che i limiti funzionali elencati tengono conto del quadro algico documentato. ■La valutazione neuropsicologica non dimostra dei deficit significativi sennò al test della dislessia■, la quale tuttavia andrebbe valutata nella lingua madre e non nella lingua appresa. Non dimostra dei deficit significativi che si traducono in limiti funzionali. Il medico SMR ha preso atto della visita prevista presso il dr. med. _____ ed ha concluso affermando che non vi sono informazioni mediche nuove che oggettivano un peggioramento dello stato clinico per cui la valutazione del 13 dicembre 2019 rimane invariata (pag. 286 incarto AI).

In sede di ricorso, oltre al referto del 15 marzo 2019 della dr.ssa med. _____ (doc. C), il ricorrente ha prodotto una relazione medica di 4 pagine del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. D), che ha visitato l'insorgente il 17 maggio 2019.

Lo specialista rileva di aver visto il ricorrente a fine settembre 2018 quando aveva contattato lo studio per una valutazione della problematica dislessica. Era stato comunicato al ricorrente che lo studio non si occupava di fare valutazioni in tale ambito e ne aveva discusso con il dr. med. _____. In quell'occasione ha posto la diagnosi di sindrome depressiva. Rammentati l'esito della valutazione neuropsicologica e la circostanza che il dr. med. _____ escludeva la possibilità di un'inabilità lavorativa per motivi psichiatrici, se non nella funzione di un 30% al massimo■, il dr. med. _____ ha descritto l'esito del sistema ADMP e del MINI ICF-APP somministrati al ricorrente, ed ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente di entità media grave, descrivendo nel seguito le caratteristiche di tale patologia. Lo specialista ha concluso affermando che ■questo disturbo dell'umore significativo, di concerto con un disturbo di ansia, con un disturbo da dolore somatoforme, nonché con una dislessia e con i disturbi significativi dal punto di vista reumatologico, riducono la capacità lavorativa del signor _____ nella percentuale almeno del 70%■.

In data 5 giugno 2019 il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato:

■1. Dr.ssa _____, 15.03.2019: si tratta di un documento già sottoposto al SMR in sede di osservazioni al progetto del 22.02.2019 e già ampiamente analizzato dalla Dr.ssa _____ il 09.04.2019.

2. Rapporto dello psichiatra Dr. _____ del 21.05.2019: si tratta di un documento di 4 pagine, di cui l'ultimo capoverso di pag. 3 e la pag. 4 sono occupati dalla definizione di depressione ricorrente secondo ICD 10 e privi di contenuti oggettivi riguardo l'assicurato. Il rapporto concerne lo status osservato dal Dr. _____ il 17 maggio u.s. La

consultazione precedente risale, infatti, a fine settembre 2018 e riguardava l'invio ad una valutazione neuropsicologica per dislessia, condizione con cui l'assicurato convive verosimilmente dall'infanzia o dall'adolescenza e che non ha mai influenzato la sua capacità lavorativa in genere.

Lo Status descritto dal Dr. _____ il 17 maggio, inclusa la valutazione secondo Mini-ICF, lascia intuire a quella data un peggioramento dello stato psichico dell'assicurato in precedenza non noto né oggettivabile altrimenti dal SMR.

In precedenza, infatti, alla redazione del rapporto SMR finale del 13.12.2018 su cui si basa il progetto di decisione del 22.12.2019, la documentazione medica all'incanto, in particolare i rapporti dell'allora psichiatra curante Dr. _____, era puntuale, completa ed esaustiva e permetteva, senza necessità di ulteriore istruttoria, di confermare una capacità lavorativa 70% in attività adeguata. (doc. VI/2)

Il 26 luglio 2019 il ricorrente ha prodotto un referto del 26 giugno 2019 del dr. med. _____, specialista FMH medicina interna, malattie reumatiche, il quale, posta la diagnosi di sindrome da dolore somatoforme, gonartrosi femoro-patellare, sindrome lombo-spondilogenica cronica, sindrome depressiva e dislessia anamnestiche, ha affermato che per quanto concerne i dolori egli mi riferisce soprattutto di risentirli alle ginocchia e da circa 6-7 anni apparizione sempre più di dolori alla schiena per i quali era stato inviato all'Ospedale _____ ed ora è in trattamento presso la Dr.ssa _____ che in una lettera del 24.07.18 diagnostica una sindrome lombo-spondilogenica cronica con attuale esacerbazione algica invalidante, dal 09/2016, disfunzioni segmentarie al passaggio toraco-lombare e lombo-sacrale sino alla faccetta L4/S1, tendomiogelosi del quadratus lumborum e gluteus medius origine ed inserzione Rx della colonna lombare del 24.03.15 con minima listesi L1/L2, Merlin grado I, osteocondrosi a tale livello con voluminosa apposizione osteofitica con fenomeno di vacuo, sospetta cronicizzazione/centralizzazione dei dolori, stato dopo test infiltrazioni rami articolari mediali L2/L3, L4/L5 sx con Bubivacaina, stato da termocoagulazione rami articolari mediali L2/L3, L4/L5 a sx il 14.04.16, sindrome dei dolori cronici su diagnosi 1 e 3, sindrome depressiva reattiva, dolori diffusi con disturbi neurovegetativi, gonartrosi retropatellare a sx con infiltrazione di acido ialuronico, RM del ginocchio sinistro del 7.5.14 con lesione della cartilagine focale grado IV. Fa notare che come avesse visto il paziente 2 anni prima e come si sia sottoposto a infiltrazioni senza beneficio, parla di dolori che persistono e ha voluto discutere con il Signor RI 1 l'eventuale introduzione anche di Lyrica, mai assunto. Il paziente è stato anche valutato nel 06/17 dal Dr. _____ e Dr. _____, con diagnosi di disequilibrio muscolare arti inferiori bilaterale, maggiore a sx su gonartrosi femoro-rotulea sintomatica, ritengo di prescrivere soprattutto della fisioterapia. Il Signor RI 1 riferisce di averla eseguita senza alcun beneficio e di come l'infiltrazione alla schiena abbia unicamente dato un effetto di addormentamento del gluteo sx; riferisce come il dolore alle ginocchia appaia soprattutto se deve camminare o se fa le scale, mentre quelli alla schiena sono quasi sempre presenti. La cosa che più sorprende è che il paziente non assume alcun medicamento, né antidepressivi né per i dolori ed ha evidenziato che il paziente soffre in primis di una sindrome da dolore cronico, sulla base di una sindrome depressiva che è la maggiore causa dei dolori. Di fianco a questo, che una artrosi femoro-rotulea che si fa sentire, soprattutto come dice il signor RI 1, quando sale e scende le scale o se sta a lungo in piedi. A livello della schiena i dolori sono in buona parte causati dai dolori della sindrome somatoforme, visti anche gli scarsi risultati delle infiltrazioni e delle manipolazioni. Le alterazioni

degenerative sono di grado medio.■

Il dr. med. _____ ha poi affermato che■il problema sta nella terapia dove il paziente praticamente rifiuta tutto, gli ho parlato e non vuole prendere medicinali per mille ragioni, tanto meno antidepressivi, che gli servirebbero sicuramente, così come antiinfiammatori. Una seria fisioterapia con rinforzo dice di non essere in grado di farla a causa dei dolori. Naturalmente non entrano in questo caso in discussione interventi operatori, che cercherei anche di evitare, perché probabilmente condannati al fallimento. È chiaro che con tale atteggiamento non ci si può aspettare grandi miglioramenti () Il secondo problema è quello riguardante l■AI () Da una parte il Signor RI 1 mi parla di una rendita rifiutata con però una perizia, se ho ben capito, psichiatrica. Dal punto di vista reumatologico il paziente sarebbe abile in un■attività leggera, i cui limiti andrebbero fissati o dal reumatologo che lo cura o in una perizia reumatologica. A quel punto, quando ne parlavo con il Signor RI 1, mi faceva subito notare come fosse fortemente dislessico e di non essere quindi in grado di fare contabilità e scrivere, praticamente analfabeta, questo contrasta però di nuovo con l■anamnesi dove egli mi dice di aver frequentato l■Università in _____. Anche da questo punto di vista è pertanto impossibile fare proposte; in merito alla dislessia bisogna avere in mano un rapporto neurologico, visto che non è una diagnosi reumatologica, per riuscire finalmente a capire cosa si possa veramente proporre. Bisogna essere in chiaro che anche il paziente stesso deve comunque essere disposto a compromessi in quanto una delle domande delle perizie è sempre se il paziente sta facendo tutto quanto è possibile per migliorare il suo stato di salute e al momento purtroppo la risposta è no. Personalmente fino a quando non vedo questa disposizione del paziente a lasciarsi curare non so quanto io possa offrire, mi dispiace non poterlo aiutare oltre, ma penso sia veramente molto più importante la parte psichiatrica ed eventuale chiarimenti del problema inerente la dislessia per quello che riguarda la problematica dell■AI■ (doc. G).

Egli ha inoltre prodotto un certificato della dr.ssa med. _____ del 19 luglio 2019 che ha riportato il colloquio avuto con l■insorgente l■11 luglio 2019 dopo la visita dal dr. med. _____. La specialista afferma che ■il paziente ha dimostrato nel corso degli anni una buona collaborazione essendosi sottoposto a tutti i controlli medici prescritti, a plurime infiltrazioni a livello della colonna lombare e delle ginocchia che tuttavia non avevano determinato benefici ma plurimi effetti collaterali. Ha effettuato fisioterapia negli anni passati, si è sottoposto a psicoterapia a lungo e accettato il trattamento antidepressivo con amitriptilina (prescritto dal dr. _____, psichiatra) che, dopo un periodo transitorio benefico, era risultato purtroppo inefficace e mal tollerato e pertanto sospeso nel 11.2018. Nel 2018 aveva assunto Pregabalina a bassa dose per un breve periodo, sospeso per inefficacia. Nel corso degli ultimi 6-9 mesi il Sig. RI 1 aveva proseguito gli esercizi di rinforzo muscolare e di postura in autonomia, sentendosi frustrato per i pochi benefici ottenuti con i farmaci e la fisioterapia; egli ha ripreso recentemente una psicoterapia regolare presso lo studio del Dr. _____, psichiatra. Il paziente riconosce l■importanza di intraprendere un percorso riabilitativo regolare con back therapy non solo in autonomia ma sotto la guida di un fisioterapista, programma già iniziato con attuale soddisfazione. Egli ha anche accettato di provare nuovamente il trattamento con Pregabalina che aveva assunto nel 2018 ma a dosaggi molto bassi senza beneficio. Rivaluteremo nelle prossime settimane l■efficacia di tale trattamento. In merito alle osservazioni sollevate dal reumatologo circa la scolarità e il conseguimento del diploma universitario, il paziente ha desiderato comunicarmi che ha potuto portare a termine gli

studi, sebbene con alcune difficoltà, in quanto la maggior parte degli esami erano pratici/sportivi e i test teorici avvenivano in modalità orale (doc. H).

Il 5 agosto 2019 il medico SMR, dr.ssa med. _____, ha affermato che i due referti non portano nuovi elementi e/o nuovi limiti funzionali, che non è necessario indagare lo stato di salute mediante una perizia pluridisciplinare perché è già stato adeguatamente indagato sino ad aprile 2019 (doc. XII/1).

Il 29 agosto 2019 l'insorgente ha prodotto un referto del 27 agosto 2019 della dr.ssa med. _____, specialista in radiologia e senologia, che ha effettuato un'ecografia alla spalla destra/infiltrazione articolare da cui è emerso: artrosi acromion-claveare che condiziona nelle manovre dinamiche un conflitto con secondaria borsite sub acromiale e lesione del tendine sovraspinato, pre-inserzionale sul versante bursale di circa 10 mm. Tendinosico il CLB omerale, in giusta sede. Non segni di sinovite intra articolare. Si consiglia, a completamento diagnostico, esame artro-Rm ed eventuale infiltrazione (doc. I).

Chiamata ad esprimersi in merito la dr.ssa med. _____ ha affermato che si tratta di un nuovo problema medico e che anche in data 26.06.2019, visita dal dr. med. _____ (recte: dr. med. _____), questo problema non era noto. La dr.ssa ha aggiunto che in caso di nuova domanda il referto verrebbe preso in considerazione (doc. XVIII/1).

Il

E. 10

settembre 2019 la dr.ssa med. _____ ha affermato che in riferimento alle osservazioni presentate dall'Ufficio Assicurazione Invalidità del Canton Ticino e all'annotazione del SMR del 4.9.2019, certifico che le patologie fisiche, somatiche e psichiche di cui soffre il paziente sopra menzionato sussistono a far tempo dalla data della domanda di rendita d'invalidità (doc. L).

2.3. 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 256consid.4 pag. 261;115 V 133consid. 2 pag. 134;114 V 310consid. 3c pag. 314;105 V 156consid.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, ad 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) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la

durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.4. 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 anche 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.

2.5. In concreto, le parti concordano nel ritenere che il ricorrente non può più svolgere la precedente attività di giardiniere/manovale tutt'fare, mentre le opinioni divergono circa la sua capacità lavorativa in attività leggera e confacente al suo stato di salute.

Da una parte l'UAI sostiene, fondandosi sulle valutazioni dei medici SMR, dr. med. _____ e _____, che l'insorgente, tenuto conto delle limitazioni funzionali descritte nel rapporto del 13 dicembre 2018 (doc. 48 incarto AI), è stato capace al lavoro al 100% fino al 9 giugno 2017 ed è capace al lavoro al 70% dal 10 giugno 2017 e che solo dopo l'emissione della decisione impugnata vi è stato un peggioramento dello stato di salute accertato il 17 maggio 2019 dal dr. med. _____ (aspetto psichiatrico, doc. D), rispettivamente il 27 agosto 2019 dalla dr.ssa med. _____ (aspetto reumatologico; doc. I).

Dall'altra parte il ricorrente afferma che l'UAI non avrebbe sufficientemente approfondito né l'aspetto somatico, nel frattempo peggiorato, né l'aspetto psichiatrico e che neppure avrebbe preso in considerazione la dislessia di cui è affetto. Sarebbe pertanto necessario allestire una perizia pluridisciplinare.

2.6. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del medico SMR, dr.ssa med. _____ che ritiene l'insorgente completamente inabile al lavoro nell'attività precedentemente svolta di manovale/giardiniere tutt'fare ed abile al lavoro in maniera completa in attività adatte al suo stato di salute fino al 9 giugno 2017 ed al 70% dal 10 giugno 2017.

Il medico SMR, ha infatti attentamente valutato l'intera documentazione medica acquisita dall'UAI e prodotta dal ricorrente ed ha potuto stabilire, sulla base segnatamente dei referti dei curanti, dr.ssa med. _____, _____ dell'Ospedale _____ di _____ e dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, la capacità di lavoro dell'interessato, in un'attività leggera e confacente al suo stato di salute, come descritta nel rapporto finale del 13 dicembre 2018 (doc. 48 incarto AI).

I servizi interni del SMR, se ritengono la documentazione prodotta sufficiente, apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare a beneficio dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, di per sé, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza 9C_323/2009 pubblicata in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174; cfr. anche sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012, consid. 4.2 e sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

Nel caso di specie le conclusioni del medico SMR trovano conforto nella documentazione agli atti.

Per quanto concerne la possibilità di svolgere un'attività confacente al suo stato di salute e le limitazioni che una tale attività impone a livellosomatico/reumatologica dr.ssa med. _____ si è appoggiata alle considerazioni della dr.ssa med. _____ che il 4 novembre 2016, chiamata _____ a descrivere l'ambito nel quale il ricorrente è eventualmente abile al lavoro, ha affermato: un lavoro leggero dove il paziente ha la possibilità di cambiare posizione mantenendo una buona ergonomia della schiena evitando i movimenti ripetitivi in rotazione oppure in inclinazione e reclinazione del tronco; non portare peso più di 5 kg lontano dal corpo; evitare di salire e scendere le scale per motivo del ginocchio e delle trasferte in piedi per le distanze lunghe (doc. 3, pag. 3 incarto AI).

È vero che successivamente, il 1° dicembre 2016, la medesima curante, in seguito ad una RM lombare del 13-14 settembre 2016 (pag. 118 incarto AI), ha accertato una esacerbazione algica invalidante da tale data (cfr. diagnosi pag. 116), evidenziando come dall'ultimo controllo del mese di maggio il ricorrente mi ha riferito un lento e progressivo peggioramento della sintomatologia dolorosa non soltanto a livello della colonna lombare ma anche a livello del ginocchio nonostante tutte le misure intraprese sia farmacologiche che non. Nonostante la termocoagulazione dei rami articolare eseguita nel mese di aprile i dolori sono persistenti e anche peggiorati. Tuttavia la stessa dr.ssa med. _____ ha rilevato che con la deflessione del tono dell'umore del paziente, assieme ai dolori cronici, ho spiegato al paziente che probabilmente una parte di questi dolori sono anche di natura centrale ed abbiamo così concordato di valutare assieme allo psichiatra curante che ci legge in copia riguardo l'impostazione di una terapia anti-depressiva con un effetto modulatore della soglia dei dolori, conoscendo la reticenza del paziente ad assumere farmaci sintetici (pag. 117 incarto AI).

Effettivamente lo psichiatra curante, dr. med. _____, come emerge da un suo scritto all'UAI del 9 giugno 2017, da gennaio 2017 ha somministrato al ricorrente un trattamento farmacologico dapprima con duloxetina ed in seguito con amitriptilina (pag. 64 incarto AI) ed ha affermato di aver sentito la dr.ssa med. _____, reumatologa curante, per

chiarire quale fosse la compromissione fisica e per quanto concerne un'attività lavorativa e ci è stato spiegato che non vi è secondo la sua valutazione una condizione tale per cui confermare l'incapacità lavorativa, ma unicamente la necessità di valutare la scelta di un'attività adeguata alle sue capacità. Secondo il paziente invece la collega avrebbe certificato lunghi periodi di inabilità lavorativa nell'arco degli ultimi tre anni. Per quanto noi sappiamo vi sono dei seri problemi articolari ad un ginocchio e dolori cronici al rachide. Egli deambula con l'ausilio di un bastone () (sottolineatura del redattore).

La cura, come emerge dal referto dell'8 novembre 2018 del medesimo curante, per quanto concerne i dolori, ha avuto un effetto positivo: ■a inizio anno è rientrato in buona forma da un viaggio in _____. Da marzo 2018 si è presentato con una recrudescenza dei dolori (cefalea) (). Lo abbiamo incontrato in seguito sempre piuttosto ben compensato da un punto di vista dell'umore e con una parte dei dolori (soprattutto quelli al rachide) ben coperti dalla cura con amitriptilina che assume oramai da diverso tempo () (pag. 248 incarto AI).

Anche la dr.ssa med. _____, il 18 ottobre 2018, oltre a non più porre la diagnosi di ■attuale esacerbazione algica invalidante dal 09/2016■ ha rilevato che ■dall'ultimo controllo effettuato nel mese di luglio 2018■ il ricorrente le ha riferito che con l'assunzione del medicamento Harpagomed ■i dolori a livello del ginocchio ed anche a livello della colonna lombare sono accettabili e sopportabili■ (pag. 256 incarto AI).

Da parte sua il dr. med. _____, FMH medicina interna e malattie reumatiche, richiesto dal medesimo ricorrente di allestire un referto medico, non ha apportato elementi a sostegno della tesi ricorsuale. Lo specialista, il 26 giugno 2019, poste le note diagnosi e riassunti alcuni atti, dopo aver descritto i reperti oggettivi, ha indicato che è difficile valutare la capacità lavorativa ■che starebbe al reumatologo curante valutare■ (doc. G). aggiungendo che dal punto di vista reumatologico ■il paziente sarebbe abile in un'attività leggera i cui limiti andrebbero fissati o dal reumatologo che lo cura o in una perizia reumatologica■. Come visto, la reumatologa curante, dr.ssa med. _____, ha sia valutato la capacità lavorativa, sia posto i limiti funzionali.

Lo specialista ha poi sottolineato che ■il problema sta nella terapia dove il paziente praticamente rifiuta tutto, gli ho parlato e non vuole prendere medicinali per mille ragioni, tanto meno antidepressivi, che gli servirebbero sicuramente, così come antiinfiammatori ()■ ed ha evidenziato più volte la scarsa collaborazione terapeutica dell'interessato (doc. G).

Quanto ai referti del 15 marzo 2019 (doc. C) e del 19 luglio 2019 (doc. H) della dr.ssa med. _____, specialista FMH medicina interna generale, essi si esauriscono in una descrizione dello stato di salute del ricorrente ma non apportano elementi medici oggettivi atti a sovvertire le valutazioni degli specialisti in reumatologia. Nel primo certificato la curante si limita a sostenere che l'insorgente è inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività senza tuttavia allegare reperti oggettivi che possano mettere in dubbio le conclusioni dei reumatologi. Nell'attestato del 19 luglio 2019 la dr.ssa med. _____ sostiene che l'interessato si è sempre sottoposto a tutte le terapie prescritte, senza ottenere i benefici sperati. Anche in questo caso, tuttavia non apporta elementi oggettivi che possano inficiare quanto accertato dalla dr.ssa med. _____, dal dr. med. _____ e dal medico SMR, dr. med. _____.

Va poi qui rammentato 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) 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).

Infine, per quanto concerne l'esito dell'ecografia alla spalla destra/infiltrazione articolare del 27 agosto 2019, eseguita dalla dr.ssa med. _____ (doc. I), ossia l'artrosi acromion-claveare, borsite sub-acromiale secondaria, lesione del tendine sovraspinato preinserzionale sul versante bursale di circa 10mm, come rileva il medico SMR, dr. med. _____ (doc. XVIII/1), si tratta di un problema medico nuovo, malgrado quanto sembra affermare la dr.ssa med. _____ in data 10 settembre 2019 (cfr. doc. L), che non era stato rilevato in precedenza (cfr. referto del 18 ottobre 2018 della dr.ssa med. _____ [pag. 255-256 incarto AI]), neppure in occasione della visita del 26 giugno 2019 presso il dr. med. _____ (cfr. diagnosi doc. G) e che pertanto non può essere oggetto della presente procedura.

Infatti, secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto: 10 aprile 2019), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (sul potere cognitivo dal profilo temporale del giudice delle assicurazioni sociali cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2 cui rinvia la sentenza 9C_244/2018 del 30 maggio 2018, consid. 4.2.2).

L'esito dell'ecografia effettuata dalla dr.ssa med. _____ va esaminato nell'ambito di una nuova procedura.

Per quanto concerne la patologia psichiatrica l'esito non è differente.

Il medico SMR, dr.ssa med. _____, si è infatti fondata sulle valutazioni dello stesso medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale il 9 giugno 2017 ha rilevato di non aver mai certificato inabilità lavorative, ma che la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente con aspetti somatoformi unitamente al lungo periodo di inattività ci inducono a ritenere il paziente inabile al lavoro nella misura del 30% (pag. 64 incarto AI). L'8 novembre 2018 il curante, dopo aver comunque rilevato che lo abbiamo incontrato in seguito sempre piuttosto ben compensato da un punto di vista dell'umore e con una parte dei dolori (soprattutto quelli al rachide) ben coperti dalla cura con amitriptilina ha concluso che la mia valutazione in merito alle sue capacità si guadagna rimane quella a voi espressa nella mia lettera precedente (pag. 248-249 incarto AI).

Agli atti non vi è documentazione medica in ambito psichiatrico che giunge ad una conclusione diversa.

La valutazione del 21 maggio 2019 del dr. med. _____ (doc. D), che fa stato di un peggioramento dello stato di salute psichico, come rilevato dal medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia in data 5 giugno 2019 (doc. VI/2), malgrado quanto sembra sostenere la dr.ssa med. _____ in data 10 settembre 2019 (doc. L), concerne lo status osservato il 17 maggio 2019. La consultazione precedente, che risale a fine settembre 2018, riguardava infatti la richiesta di una valutazione neuropsicologica per dislessia. Anche questo aspetto non può pertanto essere oggetto della presente procedura (cfr. DTF 129 V 1 consid. 1.2 cui rinvia la sentenza 9C_244/2018 del 30 maggio 2018, consid. 4.2.2).

Quanto alladislessia, rammentate le perplessità sollevate dal dr. med. _____ alla luce dell'iter scolastico dell'assicurato che ha frequentato l'Università (cfr. doc. G) ed alla richiesta di una perizia neurologica, va rilevato che essa è stata oggetto di una valutazione neuropsicologica ad opera del dr. med. _____ e della psicologa _____ del _____ dell'Ospedale _____ di _____, seppur con tutti i limiti dovuti alla lingua, ed è stata presa in considerazione dal medico SMR, dr.ssa med. _____ nel rapporto finale del

E. 13

dicembre 2018, ma inserita nelle diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. 48 incarto AI, pag. 262 incarto AI).

Come evidenza inoltre il dr. med. _____ nell'annotazione del 5 giugno 2019 (doc. VI/2), la dislessia, condizione con cui l'assicurato convive da tempo, non ha influenzato la sua capacità lavorativa in genere. Egli infatti ha frequentato le scuole dell'obbligo e l'università in _____, dove ha poi lavorato come istruttore di tennis dal 1979 al 1989 e come consulente in comunicazione sociale ed imprenditore dal 1990 al 2001 (cfr. curriculum vitae, doc. 1, pag. 1 incarto AI). Dal 2002 al 2003 ha lavorato nella gastronomia in Svizzera e dal 2004 al 2007 come gerente del bar _____; in seguito ha fatto il tuttofare (cfr. doc. 1, pag. 1 incarto AI).

Dal referto del 30 ottobre 2018 della psicologa _____ e del dr. med. _____, figura inoltre che _____ ha avuto una ditta di software ed ha gestito, insieme ad altri soci, una società di vendita e assistenza di strumenti diagnostici medici, la cui quota ha ceduto quando ha deciso di trasferirsi in Ticino con la famiglia _____ (pag. 240-241 incarto AI).

Malgrado le difficoltà incontrate nel suo percorso scolastico e professionale, grazie agli accorgimenti messi in atto per svolgere gli esami e per esercitare le numerose attività svolte nel corso della sua vita, l'interessato non è stato penalizzato nella sua capacità lavorativa e di guadagno.

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dal rapporto finale del 13 dicembre 2018 del medico SMR, dr.ssa med. _____, secondo cui l'insorgente, completamente inabile al lavoro nella sua precedente attività, è abile al 100% in attività adeguate fino al 9 giugno 2017 ed abile al 70% dal 10 giugno 2017, con i limiti funzionali ivi esposti (doc. 48 incarto AI).

A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni

consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione, senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori approfondimenti peritali come richiesto, invece, dal ricorrente.

Va qui 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 DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 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, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In conclusione, stante quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche agli atti, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 con riferimenti), che l'assicurato, inabile al lavoro nella sua attività, è completamente abile in attività adatte e rispettose delle sue limitazioni funzionali fino al 9 giugno 2017 ed al 70% dal 10 giugno 2017.

La relazione del 21 maggio 2019 del dr. med. _____ (doc. D) e l'ecografia spalla destra/infiltrazione articolare del 27 agosto 2019 della dr.ssa med. _____ (doc. I), vanno trasmesse all'UAI affinché le esamini quali nuova domanda di prestazioni.

2.7. Infine, l'insorgente non contesta la circostanza secondo la quale la capacità lavorativa attestata dal medico SMR, dr.ssa med. _____, non permette all'insorgente di beneficiare di una rendita in assenza di una perdita di guadagno.

Egli non censura la presa in considerazione della media dei redditi iscritti nel suo conto individuale dal suo arrivo in Svizzera (doc. 33 incarto AI, pag. 216, doc. VI/1: nel 2003: fr. 6'000; nel 2004: fr. 5'000; nel 2005: fr. 51'365; nel 2006: fr. 52'000; nel 2007: fr. 17'333; nel

2012: fr. 13'360; nel 2013: fr. 14'666; nel 2014: fr. 10'000; nel 2015: fr. 5'333; nel 2016: fr. 5'333), ossia fr. 18'039 (fr. 29'745 prendendo in considerazione i 5 anni in cui ha conseguito un reddito maggiore: cfr. pag. 217 incarto AI), né sostiene e dimostra che tali redditi si scostano in maniera rilevante dalle entrate effettive (cfr. sentenza 9C_111/2009 del 21 luglio 2009; sentenza 9C_658/2015 del 9 maggio 2016, consid. 5.1.1; cfr. art. 25 OAI).

Egli non contesta neppure la presa in considerazione, per il reddito da invalido, dei dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica.

Utilizzando i dati salariali risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016_tirage_skill_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso ■ Settore privato; DTF 142 V 178), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C_632/2015) per 40 ore settimanali, corrisponde a un importo di Fr. 64'080.- (Fr. 5'340.- x 12 mesi).

Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico.

L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

In concreto l'UAI ha applicato una riduzione del 20% (cfr. decisione impugnata, pag. 1) per attività leggere e altri fattori di riduzione, giungendo, ad un reddito da invalido pari a fr. 37'409.90 (66'803.40 ridotto del 30% [incapacità lavorativa] a fr. 46'762.38 e poi del 20% [riduzione sociale] a fr. 37'409.90).

Poiché il reddito da invalido supera di gran lunga il reddito da valido, a giusta ragione l'UAI ha negato il diritto ad una rendita.

In queste condizioni il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma.

Gli atti vanno trasmessi all'UAI affinché tratti i referti del 21 maggio 2019 del dr. med. _____ (doc. D) e del 27 agosto 2019 della dr.ssa med. _____ (doc. I) quale nuova domanda.

2.8. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre

2008).

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.--, vanno messe a carico del ricorrente.

Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362).

I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria rimasti invariati rispetto al vecchio diritto sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti).

Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio.

Il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (cfr. STFA U 220/99 del 26 settembre 2000; RAMI 1994 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251).

A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005; STFA I 173/04 del 10 agosto 2005; STFA I 422/04 del 29 agosto 2005; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c).

Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b).

Nel caso concreto, visti i chiari principi che risultano dalla giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta Ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino, ritenuto che i certificati medici prodotti non erano manifestamente atti a mettere in dubbio le valutazioni del medico SMR, dr.ssa med. _____, e considerato non ha contestato l'aspetto economico, doveva apparire evidente che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito.

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