

TI_GERICHTE 32.2019.219 vom 13. November 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-11-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.219

FR: TI_GERICHTE 32.2019.219 du 13 novembre 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.219 del 13 novembre 2019

Regeste

Operatore ecologico a tempo pieno. Licenziato a seguito di una ristrutturazione aziendale. PSI. Rifiuto rendita AI. Rinvio atti per valutazione psichitrica di decorso

Erwägungen

E. 14

luglio 2006, consid. 5). 2.3. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 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, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva 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 Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro 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 quell'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 Tribunale federale 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 dal Tribunale federale 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 Tribunale federale 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 in seguito (cfr. STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.). (cfr. STCA 32.2018.145 del 21 ottobre 2019, consid. 2.3, STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.3 e STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.6). 2.4. 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. 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). (cfr. STCA 32.2019.96 dell'8 maggio 2020, consid. 2.5). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. CATTANEO, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. CATTANEO, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). (cfr. STCA 32.2018.57 del

E. 18

marzo 2019, consid. 2.5; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.4 in fine e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.4 e STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.7). 2.5. Nella presente fattispecie con la decisione avversata l'UAI ha negato una rendita di invalidità all'assicurato, ritenendolo definitivamente inabile al 100% nell'attività abituale (operatore ecologico) dal 10 ottobre 2013 rispettivamente inabile al lavoro al 100% dal 10 ottobre 2013, allo 0% dal maggio 2014, al 20% dal febbraio 2016, al 100% dal 17 giugno 2019 e al 20% dal 5 agosto 2019 e continua in attività adeguata. L'amministrazione ha indicato di essersi fondata sul rapporto finale del 12 novembre 2019 del medico SMR, dr. med. _____ (pag. 862-886 incarto AI), che, sulla base della documentazione medica agli atti (in particolare la perizia del 10 aprile 2017 e quella di decorso del 7 maggio 2019 del _____), ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di: "Sindrome mista ansioso-depressiva F 41.2 Sindrome somatoforme da dolore persistente F45.4 disturbi persistenti al piede destro - Limitazione funzionale - Pregressa mobilizzazione del retropiede destro con osteotomia del calcagno lateralizzante e stabilizzazione legamentare secondo Brostérn su pes abductus verus 10.2013 - Pregressa algodistrofia e lesione osteocondrale del tab o mediale a sinistra - 18.6.2019 artroscopia piede destro con revisione legamento laterale e decompressione tunnel tarsale Hallux functionalis limitus al piede destro" e le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di: "Pregressa sutura tendine achilleo Cervicalgie e lombalgie Minima sindrome del tunnel carpale a destra Asma bronchiale controllata con terapia" (pag. 863 incarto AI). Il medico SMR ha considerato l'assicurato definitivamente inabile al lavoro al 100% nell'attività abituale di operatore ecologico dal 10 ottobre 2013 (con prognosi stazionaria) rispettivamente inabile al lavoro al 100% dal 10 ottobre 2013, allo 0% dal maggio 2014, al 20% dal febbraio 2016, al 100% dal 17 giugno 2019 (intervento di artroscopia al piede destro con revisione legamento laterale e decompressione del tunnel tarsale; pag. 833, 834 e 836 incarto AI) e al 20% dal 5 agosto 2019 (ultimo controllo al _____) in attività adeguata (con prognosi stazionaria; pag. 864 incarto AI). Il medico SMR ha poi stabilito l'esigibilità lavorativa (carico massimo; alternanza della postura al bisogno non inclusa; nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione; nessuna necessità di pause supplementari; pag. 865 incarto AI). Quali "Ulteriori risorse e limiti presenti e disponibili" il medico SMR ha indicato: "Limitato nel mantenere posizione statica in piedi Non spostamenti su terreni accidentati Non lavori richiedenti di inginocchiarsi ripetutamente Ideale attività in piccolo gruppo all'aperto Da evitare lavori con esposizione ad agenti irritativi per le vie Respiratorie." (pag. 865 incarto AI) 2.6. Davanti al TCA la patrocinatrice dell'assicurato ha prodotto la lettera dello psichiatra curante (dr. med. _____) del 4 dicembre 2019 al dr. med. _____ (doc. A5), giusta la quale: "(...) ti ringrazio di prendere nuovamente in clinica questo paziente che già conosci da un precedente ricovero. La situazione del paziente è nuovamente peggiorata per diverse concomitanze tra cui un peggioramento della problematica all'arto inferiore che 6 appena stato visto recentemente a _____ e che non ha portato alla soluzione sperata. Inoltre la decisione dell'Al di non riconoscere l'inabilità lavorativa del paziente addirittura accusandolo di essere un simulante, ha determinato un peggioramento anche delle condizioni famigliari tanto che la moglie, che ho visto incontro con il paziente, ha mostrato

chiari segni di sovraccarico e disperazione, perché non sa più come affrontare la situazione dovendo caricarsi tutte le responsabilità della famiglia con un marito invalido. La terapia farmacologica è pressoché rimasta la stessa con Venlafaxina 150mg/die, Quetiapina 150mg la sera, un ipnotico per la notte, oltre alle terapie dispensate dalla Dr.ssa _____. A proposito della compliance terapeutica la moglie mi conferma che il marito è molto scrupoloso nell'assunzione delle terapie prescritte. Anche gli esami ematologici effettuati dalla collega Dr.ssa Mainieri confermano che il paziente assume regolarmente la terapia prescritta. Ricordo che il paziente ha altre patologie per cui riceve diversi altri farmaci” (doc. A5) La patrocinatrice dell'assicurato ha prodotto pure la lettera dello psichiatra curante (dr. med. _____) del 12 dicembre 2019 a RA 1 (doc. A4), giusta la quale: “ (...) non sono d'accordo con le conclusioni dell'ufficio AI di non riconoscere un'inabilità lavorativa per il paziente. Dopo aver discusso anche con i colleghi della clinica di _____, particolarmente con il Dr. med. _____ non ritengo che la valutazione psicologica SIMS effettuata sul paziente sia attendibile nel caso particolare del signor RI 1. Ritengo inoltre come già discusso, che il fatto che lo psicologo signor Corradi sia lo stesso che aveva effettuato la perizia precedente, riusata, sul signor RI 1 sia già un motivo sufficiente per rifiutare le conclusioni del collega Dr. med. _____ che sono comunque inaccettabili. Come già ben spiegato dal Dr. med. _____ il SIMS (Structured inventory of Malingered Symptomatology) è un questionario self-report per l'identificazione della simulazione dei disturbi psichici. Il questionario prevede la lettura e la comprensione di 75 item in autonomia ed il soggetto deve indicare se tali affermazioni sono vere o false per quanto riguarda la sua situazione. Come già messo in evidenza tramite valutazione cognitiva tramite la Matrici progressive di Raven, il signor RI 1 presenta un profilo cognitivo che si situa nel ritardo mentale lieve. Questa caratteristica non lo rende un soggetto adatto alla somministrazione del SIMS i cui risultati possono essere devianti della sua incapacità di comprendere l'inventario che oltretutto è da autosomministrarsi in autonomia (citazione). Ricordo inoltre che il signor RI 1 presenta un'evidente non padronanza della lingua italiana e le insinuazioni effettuate nella perizia in oggetto, sulla mancata compliance farmacologica del paziente sono state smentite dagli esami effettuati presso la collega Dr. med. _____, medico curante del paziente, su mia indicazione, oltre che dalla testimonianza della moglie dell'interessato. In fine la informo che le condizioni del signor RI 1 sono ulteriormente aggravate nell'ultimo periodo da una situazione coniugale difficile legata anche alla cronicità della malattia, e ai recenti interventi effettuati a _____ che non hanno risolto la problematica al piede destro creando una ulteriore difficoltà di gestione nell'ambito familiare, per cui il paziente prossimamente verrà nuovamente ricoverato presso la clinica psichiatrica diretta dal Dr. med. _____ di cui le allego la copia della richiesta di ricovero effettuato dal sottoscritto. (...)” (doc. A4) L'assicurato è stato ricoverato dal 24 dicembre 2019 al 2 febbraio 2020 presso l'Ospedale _____ di _____ (doc. XVIII e doc. A10). Interpellato al riguardo dall'amministrazione, con annotazione del 19 dicembre 2019 (doc. VII-1), il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: “ Alla luce della documentazione pervenuta, occorre procedere — previo accertamento dell'aspetto psichico (invio sia al Dr. med. _____ sia al Dr. med. _____ dell'apposito rapporto medico da compilare) - con una (nuova) perizia psichiatrica di decorso (in occasione della quale il _____ dovrà pure pronunciarsi in merito alle critiche sollevate sulla valutazione psicologica realizzata dallo psicologo Dott. _____) per definire se è subentrato nel frattempo un peggioramento dello stato valetudinario del Signor _____ (l'ultima valutazione

psichiatrica risale al mese di ottobre 2018)". Con annotazione del 18 febbraio 2020 (doc. XII-1), il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " Come già indicato nella mia precedente annotazione del 19.12.2019, preso atto dei rapporti 04.12.2019/13.12.2019 del curante psichiatra Dr. med. _____ sub. doc. A4 e A5 incarto TCA, ribadisco che in primo luogo occorre procedere - previo accertamento dell'aspetto psichico (invio sia al Dr. med. _____ sia al Dr. med. _____ dell'apposito rapporto medico da compilare) - con una (nuova) perizia psichiatrica di decorso per definire se è subentrato nel frattempo un peggioramento dello stato valetudinario del Signor RI 1 (l'ultima valutazione psichiatrica risale in effetti al mese di ottobre 2018). Si ritiene assolutamente corretto effettuare il complemento peritale psichiatrico di decorso per il tramite dello stesso perito che ha già effettuato l'esame iniziale (in casu il Dr. med. _____); in questa occasione il perito - oltre a dover valutare il decorso clinico dell'assicurato - dovrà pure pronunciarsi sulle critiche sollevate dalla rappresentante dell'assicurato con il proprio gravame del 16.12.2019 e con le proprie osservazioni del 06.02.2020. Non si ritiene invece necessario procedere con una perizia giudiziaria." Con annotazione del 2 marzo 2020 (doc. XVI-1), il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: " La documentazione presentata è costituita da due perizie anonimizzate - non riguardanti in alcun modo l'assicurato - con cui la rappresentante legale intende confermare la sua nota presa di posizione. In assenza di fatti nuovi rispettivamente modificazioni significative di fatti medici noti concernenti l'assicurato, rimane valida la precedente presa di posizione SMR." Sempre davanti al TCA la patrocinatrice dell'assicurato ha prodotto la valutazione psichiatrica del 12 marzo 2020 del dr. med. _____ e della dr.ssa _____ (doc. A10), giusta la quale: " SINTESI E VALUTAZIONE (...). La valutazione delle competenze linguistiche è oscillante, come si vede, ma non è mai buona. L'A. - dicono le nostre osservazioni - si esprime abbastanza bene in italiano, ma limitatamente alle questioni più semplici, al vissuto quotidiano e alle problematiche lavorative e familiari. Un contatto più continuativo di quanto un normale contesto peritale consenta, come quello avvenuto in occasione dei due ricoveri nel nostro reparto), ha evidenziato come le comunicazioni verbali del peritando siano piuttosto stereotipate, ripetitive, monotematiche o, nella migliore delle ipotesi, oligotematiche. Tutto ciò tende a confermare la scarsità dei mezzi cognitivi a sua disposizione, già segnalata dal dottor _____. Ribadiamo che l'A. presenta limiti cognitivi non gravissimi ma importanti e, anche considerata l'età e la sua patologia, insuperabili. Essi sono stati misurati con il miglior strumento disponibile, le Matrici Progressive, poiché il test di intelligenza solitamente più utilizzato, la WAIS, contiene compiti troppo legati alle conoscenze linguistiche ed è pertanto improponibile " in casu ". Ricordiamo, fatta questa premessa, che il livello misurato con le PM 38 è al di sotto del 25esimo percentile; ciò colloca VA. nel gruppo IV, nettamente inferiore alla media, risultato in sintonia con l'impressione clinica. A questo proposito, si ricordi che il Dr. med. _____ (specialista FMI-1 in pneumologia), nella perizia pluridisciplinare del 10.04.2017, segnala come l'A. non sia riuscito a effettuare correttamente una spirometria (test certo non di particolare difficoltà) nonostante che le istruzioni gli fossero state date ripetutamente: questa semplice osservazione conferma quanto il livello cognitivo sia limitato, e ciò - si spera - "al di là di ogni ragionevole dubbio" e pur tenendo conto delle difficoltà linguistiche (che verrebbero così, se mai, sottolineate). "Ad abundantiam", ricordiamo che nel rapporto d'uscita dalla Clinica _____ di _____ del luglio 2015 si menzionava come l'A. faticasse persino a " imparare gli esercizi da effettuare da solo ". La lamentela principale, se non esclusiva, dell'A. è quella di

dolori estesi a più distretti somatici. Essa è costante e credibile; L'A. si muove ancora con l'aiuto di una stampella, presenta un'andatura claudicante e una postura costantemente squilibrata, antalgica ma; probabilmente, anch'essa causa di dolori in altri distretti (si confrontino il rapporto del fisioterapista signor _____, ma anche le valutazioni dei dottori _____, _____, _____ e _____). Così, le algie si sono estese dal piede inizialmente leso anche alla schiena e al cinto scapolare, determinando uno stato di sofferenza persistente a prescindere dall'attività e dalla posizione assunta. Nel corso dell'ultima degenza l'assicurato è stato trattato, tra le altre, con una terapia antinfiammatoria, miorilassante e oppioide (Palexia 100mg/die), senza alcun beneficio. Anche la fisioterapia non ha dato benefici sensibili, come d'altronde era avvenuto con altri interventi terapeutici praticati da specialisti del dolore come il dottor _____ o i colleghi della Clinica _____ di _____ o ancora il reumatologo dottor Salani, che menziona come anche la biorisonanza non abbia avuto risultati positivi. Non è difficile capire che il corredo di sintomi dolorosi (forse in parte somatizzazioni di aspetti emotivi non accessibili alla coscienza, data la struttura "semplice" della personalità dell'A., riconosciuta come tale anche dal dottor _____ ("soggetto concreto, prudente, non particolarmente originale dal punto di vista della complessità psicologica, con poca propensione verso l'introspezione, ma con ogni probabilità esente da problematiche psicopatologiche") e dal dottor _____ ("Purtroppo le limitate risorse di mentalizzazione (introspettive e psicologiche in generale....") incide necessariamente e in modo negativo sullo stato d'animo. L'A., inattivo certo non per sua predisposizione, soffre di scadimento della stima di sé, umore depresso, anedonia e molti altri disturbi - tra i quali importantissimi quelli del sonno - che sono stati documentati e "misurati" con la somministrazione della scala della depressione di Hamilton. Osserva al proposito il signor _____, psicologo, che questo strumento risale agli anni '60 (e questa sua osservazione è ripresa dalla Dottoressa _____) come se ciò costituisse un punto a suo sfavore. Ci permettiamo di far notare che la depressione è una patologia che presenta quadri clinici sostanzialmente identici a quelli del peritando e di tanti altri pazienti da molti secoli, se non da millenni, ragione per cui la scala di Hamilton non può essere squalificata, come se fosse datata, perché ha appena sessant'anni; se poi l'argomento "anagrafico" dovesse avere qualche peso, bisognerebbe per forza di cose applicarlo anche al test di Rorschach, utilizzato dal signor _____, ben più anziano della scala di Hamilton, e al TAT ... Le altre osservazioni formulate a proposito della scala di Hamilton, e cioè che essa servirebbe ad apprezzare più la "dimensione" che la profondità del quadro depressivo e l'effetto delle terapie farmacologiche, ecc., sembra non costituire più un'opinione personale che un dato di fatto, se si pensa a quanto questo strumento venga utilizzato, ancora oggi, in molti studi clinici rigorosi e accreditati da pubblicazioni in riviste di alta qualità ("The Hamilton Depression Rating Scale has become the standard against which other purposed measures of depression are measured" - cit. in Sourcebook of Adult Assessment Strategies , Applied Clinical Psychology, 1995). In ogni caso, quand'anche si volesse tenere conto in qualche modo di queste osservazioni, esse non inficerebbero completamente quanto da noi sostenuto, e cioè che il quadro clinico del signor RI 1 è, globalmente, di notevoli gravità e influenza fortemente negativa sulla capacità lavorativa. Già nel 2014 la consulente AI, signora _____, specificava l'assenza di provvedimenti professionali possibili , ritenendo opportuno che venisse esaminato il diritto alla rendita . Non ci è chiaro perché la rendita, erogata per un anno, sia stata sospesa in assenza di miglioramenti e anzi - pare (cfr. rapporti della dottoressa _____) in presenza di peggioramento anche notevole. I limiti somatici-reumatologici che si oppongono a una

ripresa del lavoro nell'attività precedentemente esercitata (tanto di addetto alla nettezza urbana quanto di aiuto-cuoco) sono stati evidenziati dal Dr. med. _____ (FMI-1 Reumatologia) sempre nella citata perizia pluridisciplinare. Egli ritiene che "come addetto alla nettezza urbana l'assicurato è inabile al lavoro in misura completa a partire dall'intervento chirurgico al piede destro dell'ottobre 2013. Il nostro consulente consiglia un'attività lavorativa prevalentemente sedentaria, che permetta all'assicurato di spostare leggermente la gamba durante la posizione seduta e gli permetta alle volte di alzarsi e fare dei piccoli passi. La prognosi per quanto riguarda i disturbi al piede destro è da considerarsi sfavorevole." Le Dottoresse _____ e _____, dal canto loro, ritengono che la capacità lavorativa per i soli aspetti psichiatrici appare completa della sua ultima professione e in qualsiasi attività medico-teorica (concetto che - "in casu" - appare un po' fumoso). La Dr.ssa _____ e il Dr. _____, nella perizia pluridisciplinare del 2017, considerano l'A. abile al lavoro indicando come preferibile (non ci è ben chiaro sulla base di quali criteri, ma senza contestazione da parte nostra) un lavoro all'aperto in piccoli gruppi, riprendendo le indicazioni della Dr.ssa _____. Sempre la collega, nel citare il rapporto di dimissioni dal nostro Ospedale relativo alla degenza dal 22.11.2017 al 29.12.2017, contesta la diagnosi di Sindrome affettiva non specificata (ICD-10 F.39) in quanto, a suo avviso, "molto generico, vuol dire tutto o niente". Senza voler entrare in discussioni teoriche e, in questa sede, di ben scarso rilievo, ci permettiamo di dissentire rispondendo che l'aspecificità della diagnosi, in quel momento, era necessaria per descrivere al meglio il soggetto e la complessità dei suoi disturbi. Si trattava di una condizione che non trovava esauritività in altre diagnosi, almeno per quelle che erano le nostre osservazioni relative al periodo di degenza. Era una condizione che prevedeva la compresenza di sintomi depressivi e ansiosi, entrambi di intensità rilevante, associati a reattività e intolleranza, dolori diffusi, accompagnati da difficoltà culturali e scarsa capacità di insight. Facciamo notare che è stato giustamente osservato dal dottor _____ che l'A. ha dato prova, in passato, di un'ottima disposizione al lavoro, svolgendo addirittura due lavori contemporaneamente, e ciò sino all'esordio della sintomatologia che ha interrotto la sua attività. Non si può dunque ritenerlo uno scansafatiche né un "cacciatore di rendita", né si vede come si possa giungere a ritenerlo un "aggravante" (se non proprio un simulante) come sembra fare anche il dottor _____ ("Le limitazioni riferite, mostrano importanti discrepanze rispetto agli accertamenti psicodiagnostici, nel senso di un probabile aggravamento...") sulla base di un test, il SIMS, che a parer nostro non potrebbe né dovrebbe essere somministrato in una situazione come questa - come spiegato nelle osservazioni agli esami psicologici. Detto ciò, ammessa nell'A, la capacità e la volontà di ricominciare un'attività professionale adatta, considerato come sinora egli sia stato messo a beneficio soltanto di alcune lezioni di italiano (per un totale di 20 ore, nel 2014) e non di altre misure di reintegrazione (ritenute peraltro non possibili già nel 2014), si chiede che la sua residua capacità lavorativa, attestata dai precedenti periti in varia misura ma, dal profilo psichiatrico, in quella dell'80% (al riguardo è netto il nostro dissenso), venga messa a frutto in un'attività che - tenga conta dei limiti indicati nel giugno 2015 dal reumatologo Dr. med. _____ che - ricordiamo - riconosceva "un'importante deflessione del tono dell'umore" e (ammessa un'incapacità lavorativa del 75% nell'attività di operatore ecologico) riteneva adeguata "un'attività..., fisicamente leggera che consenta di eseguire la maggior parte delle mansioni in posizione assisa, lasciando il sollevamento dei carichi, evitando la stazione eretta, giudica un rendimento del 100%, il 50% come casalingo" e - venga svolta in piccoli gruppi all'aperto come consigliato dalla dottoressa _____ e nella perizia

pluridisciplinare. La difficoltà di reperire una siffatta attività dovrebbe essere evidente, e ad essa si va ad aggiungere la difficoltà dell'A. a effettuare un ipotetico percorso di reintegrazione. Anche l'A. stesso, pur con i suoi limiti, si è reso conto di questa "situazione impossibile" e ciò, comprensibilmente non fa che peggiorare il suo stato di scoraggiamento e frustrazione. Fatte queste considerazioni, rispondiamo ai quesiti da Lei postici

Diagnosi: • Ritardo mentale di grado lieve (ICD-10 F:70) • Sindrome affettiva NAS (ICD-10 F:39.0) • Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F:45.40)

Limitazioni: Incapacità lavorativa totale nello svolgimento di attività professionali come quelle svolte in precedenza o simili, incapacità totale ad effettuare un percorso di reintegrazione anche in un'attività che concili i limiti funzionali descritti dai dottori _____ e _____ (v. sopra) con la raccomandazione che essa venga svolta in piccoli gruppi e all'aperto.

Risorse: Dal punto di vista psichiatrico si evidenziano: scarsa critica di malattia, scarse risorse cognitive e linguistiche, ridotte capacità introspettive, di adattamento e di elaborazione, solo parzialmente bilanciate da disponibilità (dimostrata "sul campo") al lavoro e assenza di tendenze all'aggravamento. Capacità lavorativa nell'ultima attività di operatore ecologico e in un'attività confacente al danno alla salute: 0%

Valutazione di come diagnosi, limitazioni e risorse, nonché capacità lavorative, si siano evolute nel tempo: Riteniamo che con il decorrere del tempo, tenuto conto da un lato del persistere della sintomatologia dolorosa e limitante descritta e dell'assenza di provvedimenti concreti messi in atto per poter reintegrare l'A. e dall'altro del rifiuto di concedergli una rendita di invalidità, si sia sviluppato un peggioramento della sintomatologia dolorosa che, allo stato attuale, non trae beneficio da alcun tipo di trattamento (farmacologico e fisioterapico), nemmeno in piccola parte. Tutto ciò è andato ad incidere negativamente sulla complessa sintomatologia depressiva, esacerbandola. (...)" (doc. A10, pag. 12-16).

Interpellato al riguardo dall'amministrazione, con annotazione del 30 aprile 2020 (doc. XX-1), il medico SMR, dr. med. P. Prolo, ha osservato quanto segue: " Presa visione della perizia allestita dal Dr. _____ e Dr.ssa _____ su mandato del rappresentante legale il 12.03.2020, ribadisco il contenuto delle mie annotazioni datate 19 dicembre 2019 e 18 febbraio 2020, cioè la necessità di un complemento peritale psichiatrico di decorso." 2.7. Questo Tribunale - vista la precitata valutazione psichiatrica del dr. med. _____ - non ha alcun motivo per scostarsi dalla valutazione del dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nelle precitate annotazioni, ha concluso per la necessità di un complemento peritale psichiatrico di decorso. Quanto alla richiesta di esperimento di una perizia giudiziaria, avanzata più volte dalla patrocinatrice dell'assicurato in questa sede, questo Tribunale rileva quanto segue. Con scritto del 1° marzo 2018 l'Ufficio AI ha comunicato all'assicurato che: " (...) la documentazione medica presentata in sede di osservazioni al progetto da parte del suo rappresentante legale è stata sottoposta in esame al _____ di _____. Successivamente ai riscontri ottenuti, il nostro medico SMR ha quindi confermato che per chiarire il suo diritto alle prestazioni è necessario che lei si sottoponga ad una valutazione psichiatrica di decorso preceduta da un aggiornamento nell'ambito della medicina interna. Senza osservazioni scritte da parte sua (o del suo rappresentante legale) entro il giorno 16.03.2018, incaricheremo lo stesso centro medico presso il quale si era già presentato/a nella precedente occasione (_____ di _____, perizia SuisseMED@P _____ del 10.04.2017) di eseguire gli esami in questione. Non appena ci saranno noti, le indicheremo il luogo e le date degli appuntamenti, così come i nomi delle specialiste/degli specialisti che la visiteranno. In allegato troverà la lista di domande che sottoporremo al centro peritale designato. Se lei (o il suo

rappresentante legale), desidera aggiungere altre domande, la invitiamo a trasmettercele entro il termine sopra indicato (...)” (pag. 627-632 incarto AI). Il 13 marzo 2018 la patrocinatrice dell’assicurato ha ricusato la perita del _____ (dr.ssa med. _____), in quanto le sue valutazioni sarebbero inaffidabili, e ha chiesto che la perizia fosse affidata al _____. Nella medesima occasione la rappresentante dell’assicurata ha rilevato pure quanto segue: “ Ritenute le evidenti difficoltà di esprimersi in italiano, nonché le difficoltà di comprensione (ricordiamo che l’esame spirometrico è stato molto difficile da seguire, in quanto l’assicurato faceva fatica a seguire correttamente le istruzioni malgrado molteplici tentativi: vedi pag. 19 perizia _____ del 10 aprile 2017), chiediamo che venga organizzato un interprete (mediatore culturale) ” (pag. 637-639 incarto AI). Il 23 marzo 2018 il medico SMR, dr. med. _____, ha osservato quanto segue: “ Per evitare ulteriori discussioni consiglio modifica del perito scelto ” (pag. 641 incarto AI). Il 3 aprile 2018 l’UAI ha informato la patrocinatrice dell’assicurato che “ la formulata ricusa del perito è stata accolta dal Servizio Medico Regionale. Per contro confermiamo che l’accertamento di decorso si svolgerà presso il _____ di _____ ” (pag. 643 incarto AI). Il 17 aprile 2018 l’avv. _____ ha inoltrato all’UAI le domande da sottoporre al perito psichiatra (pag. 644-645 incarto AI). Il 21 settembre 2018 (pag. 668-669 incarto AI) l’UAI ha comunicato all’assicurato, con copia alla sua patrocinatrice, i nominativi dei periti (dr. med. _____ per medicina interna e dr. med. _____ per psichiatria e psicoterapia) incaricati di eseguire la perizia bidisciplinare di decorso, informandolo pure che “ durante i colloqui sarà presente un interprete di lingua _____ .” (pag. 668 incarto AI). Il 5 ottobre 2018 l’UAI ha informato l’assicurato, con copia alla sua patrocinatrice, che il _____ di _____ aveva “ ritenuto, per il tramite del consulente psichiatra Dr. med. _____, di predisporre dei test psicodiagnostici ” che sarebbero stati eseguiti dallo psicologo dott. _____. Nella medesima occasione ha pure confermato che “ alle valutazioni sarà presente l’interprete _____/italiano signor _____ ” (pag. 677 incarto AI). Quanto al valore probatorio delle perizie _____, sotto il profilo dell’indipendenza, dell’equità del processo e della parità delle armi - oltre a rinviare alla DTF 136 V 376 citata al consid. 2.4 - va qui osservato che l’assicurato (come visto, preventivamente reso attento circa il nome dei periti e segnatamente la necessità di una perizia bidisciplinare con accertamenti di medicina interna a cura del dr. _____ e psichiatrici a cura del dr. Passoni con test psicodiagnostici eseguiti dallo psicologo _____ e interprete il signor _____) non ha sollevato alcuna obiezione in merito nel termine assegnatogli, né ne ha chiesto la ricusa, né ha domandato di essere esaminato da altri medici. Giova qui ricordare che il Tribunale federale, nella STF 8C_17/2018 del 15 febbraio 2018, in un caso concernente l’assicurazione contro gli infortuni e confermando il giudizio di questo Tribunale, ha, in particolare, rilevato che “ (...) rettamente la Corte cantonale ha ricordato che, sulla base del principio della buona fede, la parte che ha conoscenza di un motivo di rikusazione deve invocarlo senza indugio e non soltanto quando, come in concreto, l’esito della procedura le sia sfavorevole, pena la decadenza del diritto di avvalersene (DTF 139 III 120 consid. 3.2.1 pag. 124; 138 I 1 consid. 2.2 in fine pag. 4, in modo particolare in materia di assicurazioni sociali: DTF 132 V 93 consid. 7.4.2 pag. 112). (...) ” (STF 8C_17/2018 del 15 febbraio 2018, consid. 3.3). Ritenuta la necessità di ulteriori accertamenti di natura psichiatrica a ragione l’UAI, in questa sede, ha sempre osservato che, dal lato medico, si dovrà eseguire un aggiornamento degli atti psichiatrici e una perizia di decorso presso il _____ di _____ conformemente a quanto indicato dal SMR all’interno delle

svariate annotazioni versate agli atti in questa sede. Giova qui ricordare che il Tribunale federale, nella sentenza 9C_1032/2010 del 1° settembre 2011 consid. 4.1, ha precisato che risulta giustificato e che può anzi accrescere il valore risolutivo di una perizia di decorso, il fatto che l'evoluzione dello stato di salute intervenuta nel frattempo venga accertata e valutata dagli stessi periti medici che si erano già in precedenza confrontati con la fattispecie. La giurisprudenza di cui alla STF 9C_1032/2010 del 1° settembre 2011 è stata confermata dal TF anche nelle STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 al consid. 5.2, 8C_665/2015 del 21 gennaio 2016 al consid. 4.2 e 9C_441/2014 del 18 giugno 2014 al consid. 2.2.2 (cfr. STCA 32.2017.135 del 23 maggio 2018, consid. 2.8.2.3). In siffatte circostanze non consentono di giungere a diversa conclusione le critiche ricorsuali sollevate in questa sede dalla patrocinatrice dell'assicurato che, vengono, pertanto respinte. In particolare, non consentono di giungere a conclusioni differenti le due perizie anonimizzate versate agli atti in questa sede e che riguardano degli altri assicurati. In ogni caso, sia il perito psichiatra (dr. med. _____) sia lo psicologo (dott. _____) che ha effettuato i test diagnostici dovranno prendere posizione in merito alle critiche sollevate al loro operato da parte dell'avv. _____ e dei medici/specialisti curanti dell'assicurato (in particolare dal dr. med. Calanchini nella precitata valutazione). Il TCA sottolinea che, nell'ambito della valutazione peritale psichiatrica di decorso, la capacità lavorativa dell'assicurato dovrà essere valutata nell'ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3). Per costante giurisprudenza, l'esame degli indicatori deve infatti essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). È qui utile sottolineare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). In questo contesto è parimenti utile segnalare che i problemi reattivi ad una decisione negativa dell'UAI non rientrano nel novero delle affezioni alla salute psichica invalidanti (STF 9C_799/2012 del 16 maggio 2013 consid. 2.5 con riferimenti e STF 9C_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; cfr. STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019, consid. 1.8 e rinvii ivi citati). Anche i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (STF 9C_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 1.2 con riferimenti; cfr., pure, STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.12 e riferimenti ivi citati; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). Nella valutazione globale, visto il tempo trascorso, i periti del SAM dovranno valutare la necessità o meno di procedere ad un eventuale aggiornamento dei consulti di natura somatica effettuati in precedenza se del caso interpellando gli specialisti curanti. In ogni caso i periti del

_____ dovranno prendere pure posizione in merito alle critiche sollevate in questa sede al loro operato da parte della patrocinatrice dell'assicurato (in particolare per quanto concerne la "capacità lavorativa progressa": cfr. doc I, pag. 5 e 6). Stante quanto precede, analogamente a quanto valutato dall'Alta Corte nella STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non può quindi fondare il proprio giudizio sul rapporto finale del 12 novembre 2019 del medico SMR, dr. med. D. Erba (pag. 862-886 incarto AI). 2.8. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.7, ci troviamo di fronte ad un accertamento peritale che necessita di un complemento, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda come indicato al considerando 2.7. Quindi in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente riguardo all'eventuale diritto alla rendita di invalidità dell'assicurato. Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'UAI affinché proceda come indicato al consid. 2.7. 2.9. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro esaminare in questa sede la fattispecie con riferimento alle ulteriori censure ricorsuali (inclusa quella, giusta la quale il suo cliente non sarebbe comunque reintegrabile nel mondo del lavoro nemmeno equilibrato) sollevate dalla patrocinatrice in questa sede. Tali questioni dovranno essere affrontate se e quando dovesse emergere che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457). Per motivi di economia processuale il TCA rileva comunque sin d'ora che, in merito alla scarsa scolarizzazione, ha già più volte stabilito, in linea con la giurisprudenza federale, che anche degli assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione, di tipo manuale, a causa del danno alla salute, possono reperire sul mercato generale del lavoro un'attività fisicamente leggera e che non presupponga particolari attitudini intellettuali (cfr. STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.9 e numerosi rinvii ivi citati; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.8 e numerosi rinvii ivi citati; STCA 32.2019.39 del 13 febbraio 2020, consid. 2.6 e numerosi rinvii ivi citati; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.13). Giova qui inoltre ricordare che, per costante giurisprudenza federale, se la persona assicurata era disoccupata al momento in cui le è occorso l'infortunio oppure se nel periodo sino all'inizio della rendita essa avrebbe perso il posto di lavoro anche senza l'infortunio, il reddito da valido può essere desunto dai dati della rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) (cfr., tra le tante, la STF 8C_314/2019 del 10 settembre 2019 consid. 6.1 e riferimenti ivi citati; la STF 8C_728/2016 del 21 dicembre 2016 consid. 3.1 in fine e riferimento ivi citato e la STF 9C_501/2013 del

28 novembre 2013, consid. 4.2 in fine e 4.3.2 e riferimenti ivi citati; in questo senso, si veda pure L. Grisanti, Nuove regole per la valutazione dell'invalidità, in RtiD II-2006, p. 316; STCA 35.2016.93 del 5 aprile 2017, consid. 2.8; STCA 35.2018.123 del 27 marzo 2019, consid. 2.5.1; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.9; STCA 35.2019.25 del 5 settembre 2019, consid. 2.6; STCA 35.2019.48 del 16 ottobre 2019, consid. 2.9; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.6.1). In caso di assicurati che hanno perso il lavoro per motivi estranei all'invalidità va preso in considerazione il salario statistico conseguibile nell'ultima professione esercitata, rispettivamente conseguibile in funzione dei titoli di studio ed in base all'esperienza professionale concreta e non il salario statistico conseguibile in un'attività semplice e ripetitiva (cfr. STCA 32.2013.61 del 22 novembre 2013; STCA 32.2013.216 del 22 settembre 2014, STCA 32.2017.175 del 30 maggio 2018, STCA 35.2018.123 del 27 marzo 2019; STCA 35.2019.25 del 5 settembre 2019, consid. 2.6).

2.10. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.5-2.9), il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.14).

2.11. 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 fr. 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 (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), le spese per fr. 500.- vanno messe a carico dell'UAI che verserà fr. 2'100.- al ricorrente a titolo di ripetibili. Ciò rende priva di oggetto la richiesta di ammissione all'assistenza giudiziaria con concessione di gratuito patrocinio (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5; STCA 32.2017.99 dell'8 gennaio 2018; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.11; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.12).

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