

TI_GERICHTE 32.2019.31 vom 21. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.31

FR: TI_GERICHTE 32.2019.31 du 21 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.31 del 21 dicembre 2018

Erwägungen

E. 2

Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STFA H 97/04 del 29 giugno 2006 consid. 3.1; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007, consid. 3.2 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). In concreto, l'insorgente sostiene che sarebbe stato leso nel suo diritto di essere sentito non avendo l'amministrazione dato seguito alla richiesta di un colloquio formulata nell'opposizione del 24 settembre 2018 (doc. AI 304/874/881) e ribadita il 3 ottobre 2018 (doc. AI 307/884). L'art. 57a cpv. 1 LAI stabilisce che "(...) l'Ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o riduzione della prestazione già assegnata. L'assicurato ha il diritto di essere sentito conformemente all'art. 42 LPG. (...)". Secondo l'art. 42 LPG, le parti hanno diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. In ogni caso, al più tardi durante la procedura di opposizione l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (DTF 132 V 368 consid. 6 pag. 374). L'audizione delle parti, che costituisce un aspetto del diritto di essere sentito, non è necessaria nella procedura d'istruzione che precede l'emanazione di decisioni impugnabili mediante opposizione. La LPGA contiene a questo proposito una regolamentazione esaustiva (DTF 132 V 368 consid. 6 pag. 374). Con sentenza 9C_694/2008 del 7 ottobre 2009, il Tribunale federale ha stabilito che: " 3.2 Ora, è pacifico che il ricorrente ha avuto modo di fare valere la sua posizione e pertanto di esprimersi quantomeno nell'ambito della procedura di opposizione. In questo modo, il diritto di essere sentito è stato salvaguardato. Resta tutt'al più da esaminare se il ricorrente poteva pretendere di essere sentito oralmente in sede amministrativa. 3.3 Sennonché, l'art. 29 cpv. 2 Cost. non conferisce il diritto di

essere sentito oralmente, bensì limita la garanzia alla possibilità di prendere posizione per iscritto, a meno che una norma non preveda espressamente il diritto a un'audizione orale (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni C 128/04 de 20 settembre 2005, in: SVR 2006 AIV no. 5 pag. 15, consid. 1.2 con riferimenti). Ora, né l'art. 42 LPGA, né la PA, né tanto meno la LAVS prescrivono espressamente un simile diritto (cfr. del resto sentenza citata C 128/04, ibidem). Insieme alla Corte cantonale si può pertanto concludere che l'assicurato ha già avuto modo di esprimersi sufficientemente sulla vertenza in sede amministrativa. E comunque, anche a prescindere da queste considerazioni, il primo giudice ha giustamente ricordato che il ricorrente ha in ogni caso avuto la possibilità di (ri)proporre le sue argomentazioni dinanzi a un'autorità giudiziaria, quale il Tribunale cantonale delle assicurazioni, dotata di pieno potere cognitivo. In tali condizioni, non vi è spazio per ammettere una violazione del diritto di essere sentito." In un'altra sentenza 9C_647/2010 del 6 dicembre 2010, al consid. 2.2, il Tribunale federale ha rilevato che: " Le droit d'être entendu garanti par l' art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. L'art. 29 al. 2 Cst. ne confère cependant pas le droit d'être entendu oralement (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 et les références), pas plus du reste que la seconde disposition citée par la recourante, l'art. 42 LPGA, qui s'applique à la procédure administrative en matière d'assurances sociales (arrêt C 128/04 du 20 septembre 2005, in SVR 2006 ALV n° 5 p. 15). " Alla luce della citata giurisprudenza, la censura sollevata dal ricorrente va respinta. Nell'evenienza concreta, infatti, una volta terminato l'iter amministrativo di accertamento delle condizioni di salute dell'interessato (attraverso la perizia pluridisciplinare del _____ del 15 novembre 2017 con complemento del 2 luglio 2018 poi avvallati dal SMR nel rapporto finale del 9 agosto 2018 e nell'annotazione del 9 ottobre 2018; cfr. consid. 1.1) e delle sue condizioni economiche (tramite le valutazioni del 4 aprile, dell'8 agosto e del 30 ottobre 2018 del CIP; cfr. consid. 1.1), all'interessato è stato inviato il progetto di decisione datato 21 agosto 2018 (doc. AI 299/863-868 che annulla e sostituisce quello precedente dell'11 aprile 2018 sub doc. AI 274/790-795). Il TCA evidenzia che l'assicurato ha avuto la possibilità di fare valere la sua posizione per iscritto con l' "opposizione" del 24 settembre 2018. Egli, infatti, tramite il proprio legale, ha formulato le proprie contestazioni e richiesto di poter sostanziale l' "opposizione" in un colloquio presso gli uffici dell'AI nonché la trasmissione della documentazione dell'incarto da pag. 462 in avanti (doc. AI 304/874-881). A tale scritto, l'amministrazione ha puntualmente dato seguito con lettera del 26 settembre 2018 e colloquio telefonico dello stesso giorno (cfr. doc. AI 305/882 e 306/883). Anche l'e-mail del 3 ottobre 2018 (doc. AI 307/884-885) è stato considerato dall'Ufficio AI che ha interpellato il medico SMR e il CIP che si sono pronunciati in merito (cfr. doc. AI 308/886 e 313/896-897). Dette valutazioni, come riportato sopra, sono poi state riprese nella motivazione della decisione impugnata. Alla luce di quanto esposto, questo Tribunale non ritiene criticabile l'operato dell'amministrazione. In tali condizioni, il diritto di essere sentito del ricorrente non è stato violato e il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. Del resto, un'eventuale violazione del diritto di essere sentito sarebbe comunque stata sanata, avendo potuto l'interessato contestare la decisione in questione con il presente ricorso. Va qui rammentato che una violazione del diritto di essere sentito è sanabile se l'interessato, come in concreto, riceve la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che gode del pieno potere

di esame sui fatti e sul diritto (DTF 135 I 279 consid. 2.6.1 pag. 285; 124 V 180 consid. 4a pag. 183). L'assicurato ha infatti potuto comprendere la portata del preavviso del 21 agosto 2018 (doc. AI 299/863-868) e impugnare la decisione del 21 dicembre 2018 (doc. A), confrontarsi con il suo contenuto e proporre le sue censure, facendo valere le sue ragioni innanzi ad un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, come l'istanza precedente (DTF 133 I 201 consid. 2.2). Il TCA dispone in effetti di un pieno potere di esame in tal senso (STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGA). Pertanto, in ogni caso, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito va ritenuta sanata in questa sede dove l'insorgente è stato ancora sentito in occasione del dibattimento pubblico del 30 settembre 2019 nel corso del quale ha potuto esporre le sue motivazioni e produrre ulteriore documentazione (XX e XX/1-9). nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se l'assicurato ha diritto ad una rendita durante il periodo dal 1. ottobre 2016 al 31 gennaio 2018 e se a ragione l'amministrazione gli ha negato il diritto a provvedimenti professionali. Non è invece controversa l'attribuzione di una rendita intera nel periodo dal 1. luglio 2014 (dopo l'anno di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) al 30 settembre 2016 (tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI) e dal 1. febbraio 2018 (risorgere dell'invalidità ex art. 29bis OAI) in avanti. Nemmeno è in sé contestato l'importo di fr. 9'785.30 posto in compensazione con le prestazioni versate dall'USSI (doc. A). Infatti, con lo scritto del 3 ottobre 2019, l'avv. RA 1 si è limitato a rilevare che "(...) rientrato in studio, mi sono accorto che nell'udienza circa la domanda principale del rinvio dell'incarto all'AI e sebbene fosse nelle mie note scritte, desidero inoltre che verifichiate l'omessa partecipazione del ricorrente / assicurato / utente alla definizione e modalità di deduzione dell'importo inserito nei conteggi e girati poi a USSI; a mio avviso, tale aspetto va affrontato ed inserito nella violazione del principio di essere sentito, già segnalata in quanto già invocato pure per altri aspetti tanto a verbale quanto agli atti (...)” (XXI) e al riguardo, lo si ribadisce, questo Tribunale, per i motivi sopra esposti (cfr. consid. 2.1), non ha ravvisato alcuna violazione del diritto di essere sentito. Nella misura in cui in cui l'insorgente, adducendo che "(...) con l'accordo dell'assistenza giudiziaria, sono protestate le spese e ripetibili da riconoscere per la sede di reclamo e di questa fase procedurale (...)” (I, punto 15), chiedesse anche la concessione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in ambito amministrativo, questo Tribunale non può pronunciarsi in merito. Infatti, per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b; SVR 2005 AHV Nr. 19; SVR 1997 UV Nr. 81). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1a; DTF 119 Ib 36 consid. 1b). La decisione impugnata pronunciandosi unicamente sul diritto a prestazioni AI, il ricorso, laddove pretende l'assegnazione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in ambito amministrativo, s'appalesa irricevibile. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato

una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA. 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 Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 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 pag. 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). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Nelle DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “resistenza alle terapie”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. 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 sapere 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 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPG (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre

2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). 2.6. Nella fattispecie in esame l'Ufficio AI – vista la richiesta di perizia 30 maggio 2017 del medico SMR dr. _____ (doc. AI 205/486-488) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del _____ (doc. AI 208/493-497 e 213/546-547). Dalla perizia pluridisciplinare del _____ del 15 novembre 2017 (doc. AI 260/657-754), risulta che i periti hanno fatto capo a cinque consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. _____), reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____), ORL (dr. _____) e neuropsicologica (dr. _____). Elencati gli atti, descritte l'anamnesi (famigliare, personale -sociale, professionale, patologica e sistemica con le affezioni attuali e la descrizione della giornata) e le constatazioni obiettive, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente (nei giorni 21 agosto, nonché 6, 8, 12, e 20 settembre 2017) presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Pregresso politrauma (12.7.2013), incidente in motocicletta con/su: - pregressa frattura all'omero ds., osteosintetizzata, - pregressa frattura del femore ds., osteosintetizzata, - pregressa frattura del piatto tibiale a ds., osteosintetizzata, - pregresse asportazioni di materiale di osteosintesi, - pregressi vari interventi per lesioni cutanee al gomito ds. e dalle gambe bilateralmente, - pregressi vari interventi al ginocchio sin., - neuropatia completa del nervo peroneo sin., - neuropatia parziale grave del tibiale sin. con paresi marcata dei muscoli coinvolti, deficit sensitivo con iperestesia ed inoltre iperalgia, - pregresso trauma cranico

(con frattura della pars petrosa a sin., piccolo pneumoencefalo, frattura della calotta non dislocata frontale a ds. con irradiazione nel tetto dell'orbita ds. con/su: - ancora minore efficienza dell'attenzione selettiva e sostenuta, consecutivo lieve rallentamento in compiti complessi, - pregressa lesione superficiale dell'arteria femorale distale a sin., - pregressa lesione della vena superficiale a sin., - pregressa apertura della loggia per sindrome del compartimento all'arto inferiore sin., - pregressa polmonite d'aspirazione, - pregresso delirio, - pregressa sutura del nervo sciatico a sin., - ultimo intervento al ginocchio sin. il 31.3.2017, - fratture costali a ds., - varie ferite lacerocontuse. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Reazione mista ansioso-depressiva su sindrome da disadattamento (ICD-10 F43.22). Ipoacusia bilaterale con/su: - protettizzazione bilaterale. Pregressa frattura del femore sin. ed osteosintesi con chiodo endomidollare con/su: - incidente della circolazione stradale, luglio 2006. Pregressa rottura del legamento crociato anteriore del ginocchio ds. con/su: - trauma calcistico, - pregressa plastica del legamento crociato anteriore, 2010. Dislipidemia. Anemia. (...)" (doc. AI 260/680-681) Visti tutti gli atti medici raccolti – evidenziato che: "(...) Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i medici periti del _____. L'unica patologia limitante la capacità lavorativa è quella reumatologica (...)" (doc. AI 260/681) – , in sede di discussione, i periti hanno così riassunto le valutazioni specialistiche: " (...) Valutazione psichiatrica Dal punto di vista psichiatrico l'A. è stato valutato dal Dr. med. _____ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici a disposizione e sull'esame psichico. Riportiamo in extenso le conclusioni descritte dal nostro consulente. " Grazie alle misure terapeutiche intraprese finora l'A. ha riscontrato dei lenti ma progressivi e significativi miglioramenti del proprio stato d'animo e umorale rispetto alle vicissitudini legate al grave incidente della circolazione stradale avvenuto quattro anni or sono. Trovandosi però confrontato ancora con delle difficoltà sia di ordine fisico legate agli esiti infortunistici sia di ordine economico e di inserimento nella vita sociale egli tende ancora a manifestare delle transitorie variazioni dell'umore e delle perdite della fiducia nelle sue possibilità di riuscita per cui talvolta si sente timoroso e bloccato nei rapporti interpersonali e sociali e questo essenzialmente per problemi di vergogna legati alla propria condizione di salute che lo fa sentire in qualche misura inadeguato percependo una inferiorità nei confronti degli altri o perlomeno una sgradevole sensazione di diversità che lo condiziona. Questi aspetti psicologici si stanno peraltro piano piano relativizzando in concomitanza con il ripristino pressoché completo delle capacità cognitive (come emerso dai test neuropsicologici effettuati dallo psicologo Dr. _____) e con la risalita dell'umore e della ripresa degli interessi vitali e del piacere che si riverberano in questo momento nello svolgere le attività della vita quotidiana e nel frequentare le lezioni preparatorie alla ripresa del suo corso di studi in economia aziendale." Il nostro consulente pone la diagnosi di reazione mista ansioso-depressiva su sindrome da disadattamento (ICD-10 F43.22). Grazie al trattamento messo in atto, la condizione clinica dell'A. è "proceduta" verso un progressivo miglioramento con remissione della sintomatologia. Attualmente l'A. è totalmente abile al lavoro dal punto di vista psichiatrico, anche per il fatto che la diagnosi posta non configura una patologia di lunga durata e tale da essere considerata invalidante. La prognosi è favorevole. Non vi sono controindicazioni a provvedimenti d'integrazione rispettivamente riforma professionale. L'A. è abile al 100% in qualsiasi tipo di attività, casalingo compreso. Valutazione reumatologica Dal punto di vista reumatologico l'A. è stato valutato dal Dr. med. _____ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici a disposizione, sulla sintomatologia e sullo status reumatologico. A seguito del politrauma del

12.7.2013 e dei vari interventi chirurgici ai quali è stato sottoposto, l'A. presenta al braccio ds. una patologia del gomito con deficit di estensione, una limitata flessione e dolori residuali ai movimenti ed al carico. Vi è un'affaticabilità del braccio ds. con alle volte alla mano ds. dei disturbi della sensibilità soprattutto nel mantenere le medesime posizioni e nello scrivere; i disturbi della sensibilità si manifestano a volte anche di notte. Per quanto riguarda l'arto inferiore ds. il recupero è da considerarsi quasi completo con un buon carico senza grandi limitazioni. La patologia principale è localizzata all'arto inferiore sin. L'A. riesce attualmente a caricare in modo completo, ma vi è una notevole instabilità al ginocchio di sin. che persiste malgrado i vari interventi chirurgici ricostruttivi effettuati. L'A. presenta una paresi all'estremità inferiore sin. per lesione del nervo sciatico con tendenza a piede equino ed allo sviluppo di diti a martello. Deve portare una stecca di Heidelberg e vi è una notevole atrofia muscolare. Vi è pure un problema all'anca sin. con un deficit di rotazione interna. Sono presenti dolori metereopatici, al carico ed ai movimenti. La situazione per quanto riguarda il gomito ds. e l'arto inferiore ds. è da considerare stabile, stazionaria e consolidata. Per l'arto inferiore sin. ed il ginocchio sin. sono previsti ulteriori interventi chirurgici nel tentativo di migliorare la stabilità del ginocchio sin. È pure previsto un intervento chirurgico al piede sin. per diti a martello. L'A. è limitato per quanto riguarda il braccio ds. in attività lavorative ripetitive soprattutto se da svolgere contro resistenza e con forza. È limitato anche per quanto riguarda i disturbi della sensibilità e l'affaticamento della mano ds. nello scrivere per un periodo prolungato più di mezzora di fila, senza pause, nell'utilizzo di attrezzi e nello svolgere attività manuali fini. Deve fare delle pause e deve poter muovere le dita delle mani e il braccio ds. per rilassarlo. Per l'arto inferiore ds. non vi sono più limitazioni. Per l'arto inferiore sin. vi sono limitazioni nella deambulazione. Questa è possibile per 400 m con stampella; l'A. ha difficoltà nel salire e scendere le scale con la gamba sin., deve sempre attaccarsi ad un corrimano e lo può fare con una certa lentezza. E' limitato nell'inginocchiarsi, nel mantenere la posizione seduta (può essere tenuta per 2 ore di fila). Deve, però, alle volte alzarsi e cambiare di posizione per i dolori che subentrano all'arto inferiore sin. ed anche per un disturbo circolatorio con sensazioni di caldo e freddo e cambiamento di colore della pelle dell'arto inferiore sin. soprattutto sotto il ginocchio. Ricorda che i colleghi dell'ortopedia dell'_____ di _____ hanno determinato una limitazione della capacità lavorativa prevalentemente in relazione con la ridotta capacità alla deambulazione (rapporto per l'Ufficio Al del 28.7.2017). Come impiegato d'ufficio l'A. presenta una capacità lavorativa dell'80% a partire dalla valutazione presso il centro _____ di _____ del 2016. Questo per permettere all'A. delle pause più prolungate ed a seguito di un certo rallentamento nell'attività professionale. Questo gli permette di alzarsi e di cambiare di posizione da un'attività all'altra. Come casalingo l'A. è abile al lavoro nella misura dell'80%. Per il periodo antecedente l'A. è abile al lavoro nella misura dello 0%. Per quanto riguarda lo studio presso la _____, il nostro consulente valuta l'A. abile al lavoro in misura completa. La prognosi non è particolarmente favorevole, tenendo in considerazione che le fratture spesso hanno anche un decorso intra-articolare. Vi sono nette difficoltà per quanto riguarda il gomito ds. e la possibilità di una progressione della patologia con lo sviluppo di un'artrosi secondaria. Probabilmente è da attendersi un'artrosi secondaria anche al ginocchio ds. Per il ginocchio sin. già attualmente la prognosi è poco favorevole, vista l'importante instabilità malgrado siano ancora previsti ulteriori interventi chirurgici. Per la paresi del nervo sciatico sin. la prognosi è negativa. Il nostro consulente consiglia un reinserimento professionale. Secondo il nostro consulente, anche con ulteriori interventi chirurgici, difficilmente si potrà

migliorare la capacità professionale dell'A. Valutazione neurologica Dal punto di vista neurologico l'A. è stato valutato dal Dr. med. _____ che si sofferma sull'anamnesi, sui documenti medici a disposizione, sulla sintomatologia, sullo status neurologico e sugli esami ENG/EMG. L'A. presenta una lesione del nervo sciatico sin. con danno completo del nervo peroneo sin. e danno minore del suo ramo del tibiale motorio. Effettivamente tutti i muscoli innervati dal nervo peroneo sin. presentano una plegia completa con forza M0 mentre i muscoli innervati dal nervo tibiale presentano una forza M1-M2 per quanto riguarda i flessori dei diti del piede e tibiale posteriore, forza M2 del gastrocnemio sin. Nei muscoli prossimali innervati dal nervo sciatico a livello della coscia vi è una minima paresi M5-, ma pare più da disuso che non da lesione del nervo. La lesione è presumibilmente avvenuta a livello della fossa poplitea. All'esame EMG il nostro consulente non ha ottenuto nessun potenziale né del nervo tibiale né del nervo peroneo motorio sin., altrettanto nessun potenziale ottenuto all'esame EMG del muscolo tibiale anteriore sin., documentando una lesione completa e presumibilmente definitiva del nervo peroneo. All'esame EMG del muscolo gemello laterale sin. si ottengono dei potenziali di unità motorie che presentano tutte le caratteristiche di un danno neurogeno grave avvenuto con rimodulazione delle unità. Non si aspetta un maggiore recupero dei muscoli innervati dal nervo tibiale. Il restante stato neurologico è nella norma. Vi è stato un ottimo recupero dal lato cognitivo all'esame neuropsicologico eseguito dal Dottor _____ il 12.9.2017: emerge ancora una minore efficienza dell'attenzione selettiva e sostenuta e consecutivo lieve rallentamento in compiti complessi. Le diagnosi poste dal nostro consulente sono citate al punto 5. Dal lato neurologico, a causa del problema del nervo sciatico sin., il nostro consulente valuta che l'A. non possa svolgere qualsiasi attività professionale che richiede stare in piedi o camminare costantemente (capacità lavorativa dello 0%). In un'attività, da svolgere prevalentemente da seduto, permettendo di tanto in tanto dei cambiamenti posturali, vi è una capacità lavorativa del 100%, dal lato neurologico e neuropsicologico. Secondo il nostro consulente la sopracitata capacità lavorativa si è instaurata all'incirca dall'1.9.2014, allorché è stata attestata una capacità lavorativa del 50%. La neuropatia del nervo peroneo è completa e definitiva e si è raggiunto il massimo recupero possibile. Valutazione ORL Dal punto di vista ORL l'a. è stato valutato dal Dr. med. _____ che si sofferma sull'anamnesi, l'esame ORL, e l'audiogramma tonale. Le diagnosi da lui poste sono citate al punto 5. Con protettizzazione bilaterale l'A. è totalmente abile al lavoro come studente ed in attività amministrative. In caso di peggioramento si possono consigliare impianti cocleari. Valutazione neuropsicologica L'A. è stato sottoposto ad esame neuropsicologico presso il Dottor _____. Questo esame è stato preso in considerazione sia dal consulente in psichiatria, sia dal consulente in neurologia. Riportiamo in estenso le conclusioni descritte dal nostro consulente. " L'esame neuropsicologico mette unicamente in evidenza una minore efficienza dell'attenzione selettiva e sostenuta, con conseguente lieve rallentamento esecutivo in compiti complessi. Le restanti funzioni cognitive sono nella norma. Il profilo dell'assicurato attesta, pertanto, la presenza di un soddisfacente recupero dopo il trauma cranico del 2013. Va tuttavia segnalato che la non piena efficienza dell'attenzione potrebbe determinare lievi difficoltà in compiti che prevedono elevata focalizzazione e concentrazione protratta. Queste difficoltà potrebbero però essere contenute attraverso una alta strutturazione e organizzazione del lavoro, accompagnata dalla possibilità di fare brevi pause." Negli esami di laboratorio abbiamo constatato un'anemia e per questo abbiamo pregato l'A. di prendere contatto con il suo medico curante Dr. med. _____. Non vi sono altre patologie che limitano la capacità lavorativa dell'A. Non sono fattori medici

(extra-LAI) la situazione economica e sociale dell'A. e l'assenza dal mondo lavorativo. (...)” (doc. AI 260/683-686). Dopo un’attenta discussione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell’attuale capacità lavorativa: “(...) L'A. presenta una capacità lavorativa del 100% come studente in economia e 80% come impiegato d’ufficio. (...)” (doc. AI 260/686), i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d’integrazione: " (...) 8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA 8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale 8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? La riduzione della capacità lavorativa è dovuta alle sequele postinfortunistiche, in particolare all'arto superiore ds. ed all'arto inferiore sin. Per l'arto superiore ds. è limitato nello scrivere per un periodo prolungato, più di mezz'ora, senza pause, nell'utilizzo di attrezzi e nelle attività manuali fini. Per l'arto inferiore sin. l'A. è limitato in una deambulazione superiore ai 400 m (con stampella), nel salire e scendere le scale, nell'inginocchiarsi, nel mantenere la posizione seduta per più di 2 ore di fila (deve avere la possibilità di alzarsi e cambiare posizione). 8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. In percentuale (capacità lavorativa dell'80%, rispettivamente del 100%). 8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto (capacità lavorativa dell'80%, rispettivamente del 100%). 8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. -- 8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. L'A. abbisogna di pause supplementari (come consigliato dal consulente in reumatologia) e sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. 8.1.3 Facendo riferimento all’anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell’attività abituale può essere considerata valida? Da inizio febbraio 2016 (inizio degli accertamenti presso il centro _____ di _____) e continua. Successivamente a causa degli interventi al ginocchio sin. codifichiamo una capacità lavorativa dello 0% durante 3 mesi a partire dal 30.3.2016 e pure durante ca. 3 mesi dopo il nuovo intervento del 30.3.2017. 9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata 9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Deve trattarsi di un'attività rispettosa dei limiti funzionali descritti dal nostro consulente in reumatologia ed al nostro punto 8.1.1. L'A. non può svolgere attività pesanti. 9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. In percentuale (capacità lavorativa dell’80%). 9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell’arco dell’intera giornata lavorativa. In percentuale (capacità lavorativa dell'80%), rendimento ridotto. 9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un’ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. -- 9.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. L'A. abbisogna di pause supplementari (come consigliato dal consulente in reumatologia) e sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. 9.1.3 Facendo

riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? Da febbraio 2016 (come discusso precedentemente) e continua. Successivamente vi sono state incapacità lavorative della durata di ca. 3 mesi dopo gli interventi al ginocchio sin. del 30.3.2016 e 30.3.2017. 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. 80%. 9.2 Reintegrazione professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione? Sì! 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Bisogna tener conto dei limiti funzionali descritti precedentemente. 9.2.3.1 I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Se sì, in che misura? Nella misura del 20%. 9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Non si tratta di revisione. 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1 Come giudica l'aderenza terapeutica dimostrata dall'A. nel corso degli anni? Buona. 9.3.2 Adeguatazza della terapia attuale secondo le linee guida? Eventuali proposte terapeutiche? In futuro l'A. avrà bisogno di altri interventi all'arto inferiore sin. (non permetteranno di migliorare la sopraccitata capacità lavorativa). 9.3.3 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanto tempo, indipendentemente dal grado di motivazione dell'A.? Non sono da prevedere miglioramenti. 9.3.4 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Non ve ne sono. 10 COERENZA 10.1 Descrivere in modo critico eventuali discrepanze evidenziate tra i sintomi descritti dall'A., l'anamnesi e la valutazione clinica durante la visita. Non abbiamo constatato discrepanze. 11 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 11.1 Altri quesiti del medico SMR. Non sono posti. 11.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Domande particolari non sono poste. È importante che l'A. possa iniziare la formazione prevista in economia e che sia sostenuto sia dai medici curanti sia dall'Ufficio AI. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 260/687-690) I periti del _____ – considerata l' "opposizione" interposta tramite l'avv. RA 1 al progetto di decisione dell'11 aprile 2018 (doc. AI 281/812-814) e avuto riguardo ai rapporti medici del 18 aprile 2018 del dr. _____ dell' _____ e del 18 maggio 2018 del dr. _____ (doc. AI 281/815-817 e 284/822) – con complemento del 2 luglio 2018 (doc. AI 290/837-842) hanno precisato: "(...) L'A. stesso e il suo legale, Avv. sig. RA 1, non sono d'accordo sul progetto di decisione. Si afferma che le cure mediche non sono finite e non si è d'accordo sul calcolo _____ capacità di guadagno. Comunica che l'A. non frequenta la SUPSI o altra scuola. Abbiamo sottoposto i sopraccitati rapporti medici [ndr.: si riferisce ai rapporti del 18 aprile 2018 del dr. _____ e del 14 maggio 2018 del dr. _____] al nostro consulente in reumatologia, Dr. med. _____, che così ha risposto: " Caro collega, ho ricevuto la sua lettera il 18.05.2018. Ho letto con attenzione l'ultimo rapporto medico inerente questo sopramenzionato assicurato da me peritato nel 2017. È stato rivisto presso l'Ospedale _____ dal PD Dr. med. _____, non si riscontrano nelle diagnosi, nelle valutazioni e nel procedere dei cambiamenti direzionali significativi per quanto riguarda le patologie già conosciute per questo assicurato e da noi valutate dal punto di vista peritale. Non vi sono quindi

indicazioni per modificare le nostre valutazioni per quanto riguarda i limiti funzionali e la capacità lavorativa dell'assicurato." " Caro collega, ho ricevuto la documentazione inerente alla visita eseguita dal vostro assicurato in data 14.05.2018 presso il Dr. med. _____ specialista di chirurgia. Egli diagnostica un Malum perforans del piede sinistro instauratosi in data 23.02.2018. Si tratta di una patologia non presente nel momento in cui ho visitato l'assicurato e per la quale ho steso la mia valutazione peritale il 13.09.2017. Dall'anamnesi rilevo che l'assicurato aveva presentato una simile patologia anni fa che era poi guarita in modo corretto. Tenendo in considerazione l'evoluzione di quella patologia di allora è da attendersi che con le cure del caso anche questa problematica di mal perforante dovrebbe risolversi e guarire. Come detto questa nuova patologia non era presente al momento della visita. Se essa deve essere ritenuta rilevante per la capacità lavorativa dell'assicurato da questo momento via bisognerà valutarla in ambito specialistico. Propongo qui piuttosto una visita dermatologica. Dal punto di vista reumatologico non vi sono modifiche per quanto riguarda le patologie già elencate in diagnosi nella mia valutazione peritale." In conclusione, dal punto di vista prettamente reumatologico, i documenti medici non permettono di modificare la valutazione espressa nella nostra perizia _____, redatta il 15.11.2017. A riguardo del mal perforante, ricordiamo che al momento degli accertamenti presso il _____, era presente unicamente un'escoriazione plantare. Per meglio valutare il mal perforante non presente al momento della valutazione presso il _____, si consiglia una valutazione dermatologica o angiologica. (...)" (doc. AI 290/838-839). Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale 9 agosto 2018 (doc. AI 296/853-858) si è allineato alle conclusioni a cui sono giunti i periti del _____ e – considerato anche il rapporto 23 giugno 2018 del dr. _____ del _____ che prevede per il ginocchio sinistro un'artroscopia il 20 luglio e una ricostruzione il 3 ottobre 2018 (doc. AI 288/829-831) e ritenuto che le valutazioni del _____ vanno confermate fino all'insorgenza del malum perforans al piede sinistro – ha precisato che "(...) in conclusione si conferma la validità del rapporto finale fino al 23.2.2018 con da allora IL 100% per insorgenza malum perforans piede e seguenti interventi ginocchio (20.7.2018 e 3.10.2018). L'assicurato dovrebbe ricuperare una CL come da valutazione _____ a partire da 1.2019, riabilitazione terminata dopo ultimo intervento ginocchio. (...)" (doc. AI 296/854). Sempre il dr. _____ – visto l'e-mail 3 ottobre 2018 nel quale l'avv. RA 1, richiamata l'opposizione 24 settembre 2018 al progetto di decisione 21 agosto 2018 che ha annullato quello precedente dell'11 aprile 2018, ha contestato la valutazione medica (doc. AI 307/884-885 – , nell'annotazione del 9 ottobre 2018, ha concluso che "(...) le attuali osservazioni 3.10.2018 non modificano le conclusioni contenute nel RAF del 9.8.2018. (...)" (doc. AI 198/755). L'Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate e ritenuta la valutazione 30 ottobre 2018 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 313/896), con decisione del 21 dicembre 2018 ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. luglio 2014 al 30 settembre 2016 e dal 1. febbraio 2018 in avanti (cfr. consid. 1.1). 2.7. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, *Rechtssprechung 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). 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 LPGA (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). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato (cfr. anche la STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia

esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, consid. 5.3). 2.8. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.7), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del SAM fondate sulla perizia 15 novembre 2017 con complemento del 2 luglio 2018 e confermate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.6). Perizia, quella del _____, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Non vi sono in effetti ragioni per scostarsi dalle convincenti e approfondite considerazioni espresse dai periti i quali hanno anche considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna valida documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il _____. In particolare non possono di certo modificare l'esito del presente giudizio i certificati medici del 25 gennaio, 30 aprile e 2 ottobre 2019 nei quali il dr. _____, specialista FMH in chirurgia – senza nemmeno confrontarsi con le conclusioni a cui sono giunti i periti interpellati –, si è limitato ad attestare che “(...) quale medico curante del paziente in oggetto e in base a plurimi accertamenti effettuati debbo certificare che lo stesso è inabile al 100% all'attività lavorativa dal 12.07.2013. Tale inabilità è causata da gravi postumi dell'incidente stradale. (...)” (doc. AI 321/923), che “(...) quale medico curante del paziente in oggetto certifico che lo stesso dal 25.03.2019 è affetto da tromboflebite arto inferiore destro. Per tale motivo il paziente viene anticoagulato per un periodo non inferiore a tre mesi e dovrà indossare calza elastica. Trascorso tale periodo verrà sottoposto ad ulteriore doppler arti inferiori. (...)” (VIII/O) e che “(...) Si certifica che il paziente in oggetto presenta da diverso tempo una ferita a livello della pianta del piede di tipo cronico che causa sintomatologia dolorosa. La stessa lesione è già stata indagata anche da specialisti senza però ottenere alcun tipo di guarigione. (...)” (XXI/T). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto 14 settembre 2015 del dr. _____ dell' _____ (doc. AI 68/185-186, prodotto anche durante il dibattito pubblico sub XX/1), menzionato nell'elenco atti della perizia del _____ (doc. AI 260/661) e quindi già preso in

considerazione dagli stessi periti. Quanto al rapporto 21 gennaio 2019 sempre del dr. _____ (XX/5) – oltre al fatto che lo specialista non si confronta con le valutazioni dei periti del _____ – , va rilevato che lo stesso è posteriore alla decisione impugnata e che nelle motivazioni l’Ufficio AI ha evidenziato come “(...) dal 23.02.2018 il Signor RI 1 presenta un’incapacità lavorativa del 100% in qualsivoglia attività professionale, lo stato di salute tuttavia non risulta essere stabilizzato. È infatti previsto un intervento chirurgico in data 3.10.2018. In base alla situazione attuale è quindi possibile riconoscere il diritto ad una rendita. Al momento l’assicurato risulta tuttavia ancora in cura, e gli atti sui quali lo scrivente Ufficio ha basato il proprio giudizio non sono concludenti, non potendo quindi quest’ultimo esprimersi in modo definitivo in merito alla residua capacità di guadagno. L’assicurato è pertanto reso attento in merito al fatto che rimane impregiudicata la possibilità di procedere ad una revisione conformemente all’art. 17 LPGGA, che potrà essere predisposta quando l’Ufficio AI disporrà della documentazione atta a permettere una valutazione approfondita e conclusiva della fattispecie (cf. DTFA 20.11.2008 in rer Jm 90C 342/2008 [ndr. recte: 9C_342/2008]). (...)” (doc. A). Anche in occasione del dibattimento pubblico l’avv. RA 1, senza tuttavia apportare valida documentazione medica al riguardo, si è limitato a ribadire che “(...) il ricorrente contesta la valutazione di incapacità lavorativa nel periodo 1.10.2016 – 31.1.2018 ovvero un periodo intermedio tra il luglio 2014 e come attualmente con una incapacità al 100%. Infatti fin dal settembre 2015 il prof. dott. _____, Unfallchirurgie _____ aveva indicato per quanto attiene all’aspetto infortunistico una incapacità lavorativa minima del 40-50% poi ripresa al 50% (produco al riguardo il rapporto 14.9.2015 di cui al doc. 68 pag. 185 dell’inc. AI) durante le misure integrative del 2016. Ancora il 21.1.2019 lo stesso dott. _____ riteneva che la “Gesamtarbeitsunfähigkeit aufgrund von Unfallfolgen mehr als 30% gegeben” (produco il rapporto 21.2.2019 dell’Ospedale _____ di _____). [...] In tutto l’incarto non si fa stato di una valutazione specifica per ipoacusia e conseguente difficoltà d’espressione vocale che comportano, già per questo, ulteriori percentuali d’incapacità. Si fa riferimento al proposito all’intervento solo nel 2017 post sentenza di questa Corte tramite il dott. _____ con la richiesta e applicazione di 2 apparecchi acustici che però ancora non hanno sanato la situazione per cui si richiedono se sono in corso accertamenti in quanto il risultato non è ottimale (produco al riguardo la fattura 16.10.2017 del Centro _____, fattura in parte finanziata dall’AI). Anche non è specificato l’aspetto psicologico che non ha una quantificazione percentuale. [...] L’ulcerazione indicata sopra durante il periodo di accertamento _____ di _____ nel 2016 è elemento che è presente sempre quindi anche nel periodo 2016-2018 contestato, che ha portato a un grado d’incapacità lavorativa al 100% attuale, tant’è che ancora nell’estate 2019 e settimana scorsa si sono manifestate ulteriori ulcerazioni che compromettono la salute del ricorrente. (...)” (XX). L’insorgente si è in sostanza limitato a contestare le conclusioni a cui è giunto il dr. _____ nel rapporto finale 9 agosto 2018 (cfr. consid. 2.6) che ha confermato, nell’attività abituale come in un’attività adeguata, una capacità lavorativa dell’80% (fatti salvi i mesi da aprile a giugno 2017 nei quali l’inabilità lavorativa era totale) dal 30 giugno 2016 al 23 febbraio 2018, a suo dire non data. Egli non ha però saputo validamente comprovare le sue critiche e nemmeno un peggioramento dello stato di salute, prima del mese di febbraio 2018 quando il dr. _____ ha diagnosticato un “(...) erneutem Malum perforans Fuss links am 23.02.2018 (...)” (doc. AI 284/822), rispetto alla valutazione peritale del _____. Il ricorrente si è quindi limitato ad esporre le proprie valutazioni soggettive , senza però che la documentazione agli atti possa oggettivamente

suffragare le sue sintomatologie soggettive e contestare di conseguenza che la situazione dal punto di vista clinico, ossia oggettivo, fosse differente. Va osservato che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici – magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo –, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (cfr. STCA 32.2018.165 del 13 marzo 2019, consid. 2.6 con riferimenti). Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.4 e 2.7), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)”) – le valutazioni del _____, avvallate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.6), vanno confermate. Stante quanto precede va quindi confermata la valutazione del dr. _____ che, nel rapporto finale SMR del 9 agosto 2018 (doc. AI 296/853-858), ha indicato (nell'attività abituale come in un'attività adeguata) la seguente evoluzione dell'incapacità lavorativa nel tempo: “(...) 100% dal 12.7.2013, 20% dal 2.2.2016, 100% dal 31.3.2016, 20% dal 30.6.2016, 100% dal 30.03.2017, 20% dal 30.06.2017 e 100% dal 23.2.2018 (...)” (doc. AI 296/856). 2.9. Quanto alla valutazione economica questo Tribunale rileva quanto segue. 2.9.1. Come accennato (cfr. consid. 1.2) – premesso che “(...) egli era uno studente universitario in formazione specifica settoriale che avrebbe con tutta probabilità potuto terminare gli studi intrapresi se non fosse sopraggiunto l'incidente stradale che lo coinvolse il 12.07.2013. (...)” (I, punto 7.4) – l'insorgente pretende che quale reddito da valido venga considerato “(...) un salario di economista aziendale (...)” (I, punto 10.1), a torto. Nella fattispecie – ritenuto che l'avv. RA 1, dopo che durante il colloquio del 17 agosto 2017 gli è stata consegnata la sentenza (asseritamente non ricevuta) del 12 luglio 2017 del TCA (cfr. doc. AI 133/600), senza indicarne i motivi nel dibattito pubblico si è limitato ad addurre che “(...) anche la sentenza 2017 di questa Corte non è in concreto in questo momento della procedura applicabile e in ogni caso se ne chiede la revisione nel merito, nel senso che chiedo che questa Corte non decida sulla base di quella sentenza. (...)” (XX, pag. 3) – , questo Tribunale rileva innanzitutto che non ha alcun motivo per scostarsi da quanto ritenuto nella STCA del 12 luglio 2017 (doc. AI 216/554-569) laddove ha concluso che “(...) da quanto esposto risulta che al momento dell'insorgere del danno alla salute (luglio 2013) l'insorgente aveva interrotto gli studi universitari (al beneficio della pubblica assistenza si era iscritto al collocamento ed era disposto totalmente ad assumere un'attività lavorativa) non essendo possibile, in base al grado della verosimiglianza preponderante

valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360 e 125 V 193 consid. 2 pag. 195), concludere che egli avrebbe ripreso gli studi universitari presso l'_____. (...)” (doc. AI 216/564). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo alle argomentazioni sviluppate dall'avv. RA 1 negli scritti del 30 aprile e dell'11 giugno 2019 (VIII con allegati doc. da A/2 a O e XII con allegati doc. da P a S) oltre che in sede di pubblico dibattimento del 30 settembre 2019 (XX). Trattasi infatti di semplici allegazioni di parte in nessun modo comprovate e che non giustificano quindi una diversa valutazione. In particolare, dallo scambio di e-mail sub VIII/N risulta che, dopo lo scritto del 25 aprile 2012 del seguente tenore: “(...) Mi chiamo RI 1, e ho iniziato l'università settembre dell'anno scorso, e ho continuato fino adesso, però vado negli _____ per un periodo. Volevo sapere e vedere con chi posso parlare per tenere una buona informazione, per vedere cosa posso fare, si posso farli gli esami in _____ ecc. (...)” , l'_____, il 4 maggio 2012, ha così risposto: “(...) Non capisco la sua domanda: vuole restare immatricolato all'USI, ma svolgere _____. Faccio però notare il seguente articolo 3 In generale, si ritiene opportuno che gli studenti di laurea (Bachelor) svolgano i primi due anni (propedeutici) in sede e quindi prevedano il semestre fuori sede nell'ultimo anno del triennio. Se non svolge il programma di mobilità, dovrebbe semplicemente ritirarsi dall'_____ e iscriversi in un'università estera e richiedere il riconoscimento degli esami superati all'_____. (...)” . Visto che, nonostante l'_____ avesse precisato di non capire la domanda (ritenuta la forma scritta l'insorgente non può qui sostenere un'incomprensione dovuta ai suoi problemi di ipoacusia), dopo il suddetto scambio di e-mail non è seguito alcun ulteriore contatto con l'_____ (“(...) (04.05.2012. e-mail _____ - _____, risposta, cfr. doc. a [ndr. recte: N] ad VIII all'e-mail del ricorrente non è seguito alcun incontro o colloquio personale) (...)” (XII)) , per il solo fatto che si sia iscritto ad un corso di inglese negli _____ (cfr. VIII/ P e S) non è possibile seguire l'insorgente laddove pretende essere dimostrato che la sua volontà fosse quella di portare a termine gli studi intrapresi presso l'_____. In particolare – a prescindere dal Regolamento _____ applicabile (l'insorgente non ne ha prodotto alcuno e si è limitato a chiedere al Tribunale di procedere in questo senso; cfr. XXI) e dalla “(...) richiesta d'audizione teste: responsabile mobilità studenti, _____, _____ (...)” (XII, punto B.5), ribadita l'assenza di una reazione dopo il suddetto scambio di e-mail con l'_____ e ricordato che nel formulario del 14 maggio 2013 della _____ l'assicurato ha dichiarato di aver abbandonato gli studi dal giugno 2012, di essere in assistenza dal febbraio 2013 e di essere disponibile ad un'attività lavorativa “(...) sempre (...)” (doc. AI 83/219) – non può essere seguito l'avv. RA 1 laddove, senza tuttavia in alcun modo documentare e provare, nello scritto dell'11 giugno 2019 e in sede di pubblico dibattimento del 30 settembre 2019 ha sostenuto che “(...) contrariamente a quanto assunto nella sentenza 32.2017.2 del 12.07.2017, che pure rilevava su un aspetto incidentale della procedura AI e che quindi già per questo qui non fa testo, il fatto della non ri. o iscrizione o ri.ammissione rileva proprio dalla peculiarità del Regolamento _____; esso infatti NON prevede alcuna forma di mobilità di studio per i soggiorni linguistici , come qui di specie per chi desiderava recuperare una carenza ad esempio in inglese, quindi lo studente è costretto a disiscriversi o farsi mettere come ritirato, per poi richiedere la ri.ammissione per consentirgli di presentarsi agli esami suppletivi entro il tempo massimo, in caso febbraio 2014; (...)” (XII, punto B.5) rispettivamente che “(...) successivamente il periodo di formazione negli

_____ per l'inglese (periodo settembre 2012, marzo 2013) è stato organizzato per migliorare le sue conoscenze d'inglese (purtroppo interrotto dal decesso del padre). Ciò ha poi portato alla exmatricolazione. Questa soluzione è stata concordata con l'USI in quanto con regolamento vigente al momento per corsi linguistici era la sola soluzione possibile per in ogni caso conseguire un miglioramento linguistico e nella preparazione personale successiva alla prima fase di frequenza all'_____ e in vista della successiva.

Contrariamente a quanto scritto da noi negli atti, in questa situazione particolare lo studente _____ non avrebbe potuto ripetere l'anno accademico, ma si sarebbe dovuto iscrivere al secondo anno quindi da settembre 2013, con termine fino a febbraio 2014 per completare e recuperare gli esami insufficienti precedenti del primo anno. (...)" (XX, pag. 3). Quanto alle censure sollevate nel dibattito pubblico nei confronti della consulente in integrazione professionale – l'avv. RA 1 pretende segnatamente che "(...) per questa predeterminazione della sig.ra _____ sulla incapacità di proseguire eventualmente gli studi, rispettivamente la necessità di una formazione professionale si chiede di non tenerne conto nel giudizio (...)" (XX, pag. 5) – , questo Tribunale rileva che le stesse andavano formulate tempestivamente già in sede amministrativa e che l'interessato avrebbe potuto/dovuto se del caso chiedere (motivandola) la sostituzione della consulente. Viste le suesposte risultanze – senza che sia necessario dar seguito all'ulteriore richiesta di prove (richiamo del Regolamento _____ applicabile e audizione del responsabile mobilità studenti quale teste) e secondo il principio della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (STF 8C_282/2019 del 18 ottobre 2019 consid. 4.3; 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360 e 125 V 193 consid. 2 pag. 195) – questo Tribunale deve pertanto concludere che l'insorgente ha interrotto gli studi universitari all'_____ prima del danno alla salute. Va qui ricordato che se 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 ; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429; 122 II 464 consid. 4a pag. 469; 122 III 219 consid. 3c pagg. 323-324 e 119 V 335 consid. 3c pagg. 343-344 tutte con riferimenti) . Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). L'art. 28a cpv. 1 secondo periodo LAI stabilisce che il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Sulla base di questa delega e nel caso di "Assicurati senza formazione professionale" l'esecutivo, al capoverso 2 dell'art. 26 OAI, ha stabilito che se un assicurato non ha potuto, a cagione dell'invalidità, completare la sua formazione professionale, il reddito che gli si potrebbe attribuire presumendolo non invalido, corrisponde al reddito medio di un lavoratore della professione alla quale egli si preparava. Nella fattispecie concreta, visto che l'insorgente ha interrotto gli studi universitari all'_____ prima del danno alla salute, l'art. 26 cpv. 2 OAI non può essere qui applicato ed è dunque a torto che l'insorgente pretende quale reddito da valido "(...) un salario di economista aziendale (...)" (I, punto 10.1). Inoltre, ribadito che l'insorgente ha interrotto gli studi universitari all'_____ prima del danno

alla salute, non merita qui di essere approfondito quanto addotto dall'avv. RA 1 nello scritto dell'8 agosto 2019 e meglio che "(...) agli atti non risultano elementi, recte indizi concreti che portino a presumere che l'assicurato NON avrebbe portato a termine con successo la formazione accademica intrapresa (...) prima dell'insorgere del danno alla salute. Richiamo a questo proposito, in aiuto all'interpretazione che questa Corte vorrà dare, la lettera e lo spirito dell'art. 41 cpv. le 2 della Costituzione federale, che contiene la base legale della stessa LAI che siete chiamati ad applicare (...) (XVII). A titolo abbondanziale il TCA evidenzia che la giurisprudenza federale ha circoscritto il campo di applicazione dell'art. 26 cpv. 2 OAI alla formazione di base (STFA U 360/01 consid. 3.2 che rinvia alla sentenza inedita del 10 marzo 1997 in re W., I 104/96, consid. 2a in ambito LAI: "(...) Orbene anche in questo caso il Tribunale federale delle assicurazioni ha circoscritto il campo d'applicazione di tale disposto alla formazione di base. (...) (la sottolineatura è del redattore)). In concreto, visto come lo stesso insorgente sostiene che "(...) il suo obiettivo di formazione è sempre stato quello di ingegnere agronomo, avendo iniziato con il conseguimento del diploma di tecnico agro-industriale con indirizzo alla trasformazione dello zucchero per alimentazione e in alcool quale carburante. Per i predetti motivi economici, dopo questa formazione intermedia egli si orientò quale economista, preferibilmente aziendale, dovendo però interrompere gli studi in _____ anche per stare vicino al padre viepiù malato, allora residente a _____ in via _____. Da qui la decisione di sottoporre il mio fascicolo formativo all'_____ di _____, che gli consentì di iscriversi alla Facoltà _____ nel 2011. (...) (I, sottolineatura del redattore), ci si potrebbe chiedere se con il conseguimento del diploma di tecnico agro-industriale egli non avesse già conseguito una formazione base, la qual cosa pure escluderebbe l'applicazione dell'art. 26 cpv. 2 OAI. 2.9.2. Questo Tribunale – visto, da una parte che dagli atti non risulta quale fosse stato il reddito conseguito dall'insorgente per le "Esperienze professionali" indicate nel curriculum vitae (doc. AI 81/215-216) durante gli anni dal 2000 al 2010 e che dopo il danno alla salute fino alla decisione impugnata egli non ha intrapreso alcuna attività lavorativa, dall'altra parte, che è stato ritenuto abile al lavoro tanto nell'attività abituale quanto in un'attività adeguata nella misura dell'80% dal 30 giugno 2016 al 23 febbraio 2018 (fatti salvi i mesi da aprile a giugno 2017 nei quali l'inabilità lavorativa era totale) –, ritiene che i redditi da valido e invalido vadano stabiliti in base ai dati statistici. In questo senso si rinvia ai calcoli effettuati dall'Ufficio AI che, nella motivazione della decisione impugnata (doc. AI 311/889-894), considerato quale reddito da valido l'importo di fr. 67'148.20 lo ha raffrontato a quello da invalido di fr. 48'346.70 (ovvero 67'148.20 ridotti del 20% per motivi medico-teorici e del 10% per attività leggera) ottenendo un grado d'invalidità del 28% ("(...) $67'148 - 48'347 \times 100 : 67'148 = 28\%$ (...)) (doc. AI 311/890)). Allo stesso risultato, visto che quale reddito da valido e invalido è stato ritenuto il medesimo importo, si giunge anche applicando il confronto percentuale dei redditi ($100 - [100\% \text{ ridotti } 20\% \text{ e poi del } 10\%] = 28$). Non raggiungendo il grado d'invalidità la soglia pensionabile del 40% (cfr. consid. 2.3) e ritenuta la capacità lavorativa dell'80% dal 30 giugno 2016 al 23 febbraio 2018 (fatti salvi i mesi da aprile a giugno 2017 nei quali l'inabilità lavorativa era totale), è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita intera dal 1. ottobre 2016 (tre mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI) al 30 gennaio 2018 (risorgere dell'invalidità ex art. 29bis OAI). 2.9.3. Quanto al rifiuto a provvedimenti professionali, va anch'esso confermato per le seguenti ragioni. Innanzitutto va qui osservato che la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale

aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Va poi rilevato che la consulente in integrazione professionale, nel rapporto del 4 aprile 2018 (doc. AI 273/786-789; rapporto, questo, a cui rinviano anche i rapporti dell'8 agosto e del 30 ottobre 2018 sub. doc. AI 295/852 e 313/896) – ritenuto che il dr. _____, circa l'incapacità lavorativa nell'ultima professione svolta, ha concluso che “(...) per quanto riguarda l'ultima attività professionale svolta che ritengo quella di impiegato d'ufficio che l'assicurato ha svolto in _____, suo paese d'origine, lo ritengo a partire dalla valutazione presso il Centro _____ di _____ del 2016 inabile al lavoro nella forma del 20%. Questo per permettere all'assicurato delle pause più prolungate e a seguito di un certo rallentamento nell'attività professionale. Questa limitazione gli permetterebbe di alzarsi, di cambiare di posizione da un'attività all'altra. (...)” (doc. AI 273/787) – , ha formulato la seguente “Analisi della reintegrabilità e valutazione attività esigibili adeguate senza (ri)formazione specifica” : “(...) L'attuale situazione SMR riporta un'abilità lavorativa dell'80% in qualsiasi attività (anche per un'attività in ambito di ufficio). Tra il 2016 - 2017 l'A. ha beneficiato di un percorso presso _____ acquisendo determinate competenze (si rimanda al rapporto di valutazione del 06.02.2017): - gestione delle ordinazioni (allestire e registrare le ordinazioni, controllo fattura, ...) - gestione delle ordinazioni clienti (registrare l'ordinazione, controllare lo stock, allestire la fattura, allestire il bollettino di consegna, ...) - vendita telefonica, - competenze generali: organizzazione – pianificazione/classificazione – corrispondenza - competenze linguistiche: avere la capacità di comunicare un buon italiano – inglese (in acquisizione). Considerando un'abilità lavorativa anche nell'attività di ufficio non vi sono i presupposti per applicare un PPR. Si fa inoltre notare – come già ampiamente riportato nei vari rapporti SIP e nell'annotazione del servizio giuridico del 22.11.2016 [che] non vi sono i presupposti per una prima formazione tantomeno per una riqualifica professionale (a livello universitario) ove viene espresso [che] si rammenta che la riqualifica deve essere ritenuta semplice ed adeguata, nonché idonea al danno alla salute e alle capacità dell'assicurato. Nella fattispecie, tale formazione non può essere ritenuta idonea, considerate le attitudini dimostrate dell'assicurato. (...)” (doc. AI 273/788-789) concludendo che “(...) si tratta di un giovane ragazzo che, a causa del danno alla salute, presenta una CL dell'80% in qualsiasi attività. Attualmente l'A. è iscritto alla _____ e sta frequentando il corso di preparazione in matematica e contabilità per prepararsi all'esame di ammissione alla _____. Come già definito non vi sono i presupposti per pagare tale percorso. L'ufficio AI rimane a disposizione - qualora fosse richiesto dall'A. nel caso non continuasse con il percorso universitario - per un aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 272/789). Visto quanto sopra esposto, non vi sono dunque motivi per scostarsi dalla valutazione della consulente in integrazione professionale, effettuata peraltro da una persona con esperienza in ambito integrativo. In questo senso va confermata la reintegrabilità dell'insorgente senza la necessità di provvedimenti professionali. 2.10. Visto tutto quanto precede è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato sia il diritto alla rendita intera dal 1. ottobre 2016 al 30 gennaio 2018 che il diritto a provvedimenti professionali. La decisione impugnata va quindi confermata e il ricorso,

nella misura in cui è ricevibile (cfr. consid. 2.2), respinto. 2.11. Secondo l'art. 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. Visto l'esito della vertenza e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.12. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. consid. 1.2). 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 norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA 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; Kieser, ATSG-Kommentar 3a ed., 2015, ad art. 61, n. 173, pagg. 828-829). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (Lag), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 173 segg.) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se il processo non è palesemente privo di esito positivo e se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid 5b con riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto 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 (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserito, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, visto l'apprezzamento del medico SMR dr. Erba che, nel rapporto finale 9 agosto 2018 (doc. AI 296/853-858), allineandosi alle conclusioni a cui sono giunti i periti del _____, lo ha ritenuto abile al lavoro, tanto nell'attività abituale quanto in un'attività adeguata, nella misura dell'80% dal 30 giugno 2016 al 23 febbraio 2018 (fatti salvi i mesi da aprile a giugno 2017 nei quali l'inabilità lavorativa era totale), all'assicurato, oltretutto patrocinato, non poteva sfuggire che avrebbe dovuto debitamente documentare un eventuale peggioramento della sua situazione valetudinaria intervenuto prima dell'insorgenza del malum perforans al piede sinistro (che ha giustificato il ripristino, da allora, del diritto alla rendita intera) nel mese di febbraio 2018. Ne segue che la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va respinta.