

TI_GERICHTE 32.2020.147 vom 19. Oktober 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-10-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.147

FR: TI_GERICHTE 32.2020.147 du 19 octobre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.147 del 19 ottobre 2020

Regeste

Domanda di revisione: rendita intera dal 1. aprile 2018 (tre mesi dopo il peggioramento). Conferma della perizia del SAM e della valutazione del consulente in integrazione che conclude per una non reintegrabilità nel mondo del lavoro in un mercato supposto in equilibrio

Erwägungen

E. 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 STF 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). Se l'assicurato ha chiesto la revisione, l'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88 bis cpv. 1 let. a OAI). 2.4. 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; STF I 462/05 del 25 aprile 2007; STF 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). 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). 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). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e

pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.5. Nel 2015 il Tribunale federale (TF) ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivamente (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di

principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.6. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.3), l'Ufficio AI – entrato nel merito della domanda di aumento (ravvisata nella documentazione medica pervenutagli nel mese di marzo e giugno 2018) e vista la richiesta di perizia 15 luglio 2019 dei medici SMR dr. _____ e dr. _____ (doc. AI 364/1317-1318) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del _____ (doc. AI 370/1343-1348). Questo Tribunale, chiamato a verificare se, nel caso di specie, lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia pluridisciplinare 16 aprile 2020 del _____ (doc. AI 390/1380-1492). I periti, nel referto datato 16 aprile 2020 (doc. AI 390/1380-1492) – esposti lo “Svolgimento del mandato peritale: aspetti formali”, il “Motivo e circostanze della perizia (come contenuti nel mandato)” e la “Panoramica delle fonti impiegate” (doc. AI 390/1380-1382), dopo aver riassunto gli atti, l'anamnesi familiare, personale - sociale, professionale e patologica, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica, la descrizione della giornata e le constatazioni obiettive (doc. AI 390/1383-1415) – , hanno posto le seguenti diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa: “(...) Diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità F33.1. Disturbo di personalità non specificato F60.0. Morbo di Bechterew (spondilite anchilosante) diagnosticato nel 2005, attualmente in trattamento con Enbrel 50 mg s.c. e Methotrexat 15 mg s.c. una volta alla settimana. (...)” (doc. AI 390/1428) e, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, le seguenti ulteriori diagnosi: “(...) Periartropatia tendinopatica della spalla ds. Piede piano trasverso bilaterale. Dislipidemia. Iperglicemia (sospetto diabete mellito di tipo 2). (...)” (doc. AI 390/1428). Sempre nella “Struttura della valutazione consensuale per perizie pluridisciplinari” (doc. AI 390/1423-1434) – premesso che “(...) le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del _____ e tra il Dr. med. D. _____ e il Dr. med. _____ in data 15.4.2020 alle ore 13:45, tramite teleconferenza (...)” (doc. AI 390/1423) – , i periti del _____ hanno esposto l'iter che ha portato l'amministrazione a ordinare la presente perizia pluridisciplinare (cfr. doc. AI 390/1423-1425), hanno confermato le valutazioni specialistiche di natura psichiatrica, reumatologica e internistica (cfr. doc. AI 390/1425-1428) e, ai punti da C a M, hanno formulato le seguenti conclusioni: " (...) C Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi L'A. è limitato sia dalle patologie a livello reumatologico e psichiatrico. A livello psichiatrico l'A. è limitato dalla sindrome depressiva. Dal punto di vista reumatologico l'A è limitato in attività lavorative non ergonomiche, soprattutto per quanto riguarda la colonna cervicale, in cui deve evitare movimenti repentini di rotazione e flessione della colonna vertebrale. Per la colonna vertebrale vi è una limitazione determinata dalla rigidità. L'A. è limitato in movimenti ripetuti di flessione e rotazione del tronco ed è limitato nell'alzare dei pesi fino a 5 kg. Riesce a fare degli allenamenti muscolari con manometri del peso di 1 kg. È limitato nel mantenere la posizione seduta per più di due ore, nel mantenere la posizione in piedi cambiando appoggio per più di ore e la deambulazione per ca. un'ora in piano. Da preferire un'attività in cui possa cambiare spesso posizione e rimanere attivo, evitando posizioni statiche e prolungate. Per quanto riguarda il polso ds. sono da evitare movimenti ripetitivi di flessione dorsale e volare e l'utilizzo di oggetti pesanti, nonché il dover scrivere a lungo. Inoltre si devono tenere in considerazione le difficoltà respiratorie dell'A. per attività troppo impegnative dal punto di vista cardiovascolare. D Discussioni di aspetti della personalità

eventualmente rilevanti L'A. presenta aspetti di personalità fortemente caratterizzati in senso rivendicativo e persecutorio. E Discussione di fattori di stress e risorse L'A. risulta molto suscettibile allo stress sulla scorta degli aspetti personologici e del quadro depressivo. Come fattori di stress ricordiamo la sospensione della riformazione professionale, i problemi finanziari e i problemi assicurologici avuti dall'A. F Verifica della coerenza Non abbiamo constatato incoerenza. G Capacità lavorativa nell'attività svolta finora L'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come croupier. H Capacità lavorativa in un'attività adeguata In un'attività adatta e rispettosa dei limiti funzionali descritti dal nostro consulente in reumatologia, l'A. presenta una capacità lavorativa del 40% (presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto). I Motivazione della capacità e dell'incapacità lavorative complessive (le incapacità lavorative parziali sono interamente o parzialmente addizionabili o non lo sono affatto) Abbiamo parzialmente addizionato le riduzioni delle capacità lavorative per le patologie a livello reumatologico e psichiatrico, non avendo i consulenti valutato le stesse patologie. I.1 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo nell'attività svolta L'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come croupier dal gennaio 2005 (inizio della prolungata incapacità lavorativa) e continua. I.2 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo in un'attività adeguata L'A. presenta una capacità lavorativa del 40% in attività adatte e rispettose dei limiti funzionali descritti dal nostro consulente e come studente di economia dal gennaio 2018, inizio della presa a carico psichiatrica, e continua. Precedentemente vale quanto già stabilito dall'Ufficio AI del Canton Ticino. L Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussioni sulla capacità lavorativa È importante che l'A continui la presa a carico a livello psichiatrico e reumatologico. A livello reumatologico consiglia un allenamento cardiocircolatorio e la partecipazione ad un gruppo di ginnastica Bechterew. In caso di peggioramento è possibile un cambiamento della terapia aumentando il dosaggio di MTX oppure sostituendo Enbrel con un altro biologico. A livello psichiatrico è importante, che l'A. continui i colloqui regolari con la psichiatra curante e l'assunzione di una terapia farmacologica. Dal punto di vista internistico si consiglia una presa a carico della dislipidemia e dell'iperglicemia (per esempio misure dietetiche, cambiamento dello stile di vita, eventualmente farmaci). M Risposte a domande particolari Revisione (solo per i casi sottoposti a revisione) • Rispetto alla situazione documentata negli atti alla base della summenzionata decisione determinante, si è verificato un cambiamento dello stato di salute? Quali cambiamenti emergono dai reperti e dalle diagnosi pertinenti? Sì! A livello psichiatrico vi è stato un cambiamento con la necessità di una presa a carico psichiatrica continuativa a partire dal gennaio 2018. A livello reumatologico vi è un miglioramento dello stato infiammatorio, che possiamo far risalire all'aprile 2019. • Quando è presumibilmente subentrato il cambiamento? Globalmente vi è stato un cambiamento a partire dal gennaio 2018. • Il cambiamento dello stato di salute ha prodotto un cambiamento dell'incapacità al lavoro nel quadro dell'attività svolta e della capacità lavorativa in un'attività adeguata? In caso affermativo, da quando e in che misura? Sì! Il cambiamento è subentrato nel gennaio 2018 con una capacità lavorativa del 40% in un'attività adatta. Informazioni sull'elaborazione della valutazione consensuale con firma Come sopra riportato, la valutazione consensuale è avvenuta mediante teleconferenza. 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 390/1428-1432) La perizia pluridisciplinare 16 aprile 2020 del _____ (doc. AI 390/1380-1492) è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri

giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. Gli specialisti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso di loro. I medici hanno esaminato approfonditamente l'evolversi dello stato di salute del ricorrente prendendo in considerazione tutta la documentazione medica prodotta dall'assicurato ed acquisita nel corso della procedura amministrativa. Al referto va attribuita piena forza probante. Le conclusioni sono del resto state confermate anche dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale del 20 aprile 2020 (doc. AI 391/1493-1497). 2.7. Il ricorrente, come accennato (cfr. consid. 1.4), contesta le conclusioni a cui sono giunti i periti del _____. Al riguardo questo Tribunale rileva quanto segue. Quanto alla pretesa di riconoscergli un'incapacità lavorativa del 60% dal punto di vista somatico – "(...) Chiedo pertanto che si possa valutare l'aggravamento della malattia di Bechterev in termini percentuali di inabilità lavorativa almeno del 10%, da sommare al precedente grado del 50%, raggiungendo il 60%, oltre al grado da sommare per lo stato di salute mentale. (...)” (I, pag. 2) – il dr. _____, FMH in reumatologia e riabilitazione, nel consulto del 9 marzo 2020 (doc. AI 390/1452-1472) ha così risposto alle precise domande inerenti al caso specifico di revisione: " (...) • Rispetto alla situazione documentata negli atti alla base della summenzionata decisione determinante, si è verificato un cambiamento dello stato di salute? Quali cambiamenti emergono dai reperti e dalle diagnosi pertinenti? Sì. L'assicurato è stato valutato per quanto riguarda l'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità il 25.06.2016 dal Dr med. _____. Rispetto a questa valutazione vi è stato sicuramente un miglioramento delle condizioni di salute in particolar modo grazie all'introduzione di una terapia medicamentosa di base efficace. Non ho più evidenziato segni per una gonartrite. Non vi sono più attriti alle articolazioni metacarpo-falangee II e III di destra. Per quanto riguarda le articolazioni periferiche la risposta è stata senz'altro positiva. Per quanto riguarda la colonna vertebrale i reperti erano già così avanzati che ottenere un miglioramento della mobilità in questa situazione è difficile anche se per la sintomatologia dolorosa vi è stato un certo miglioramento. Secondo il Dr. med. _____ ci si poteva aspettare, con una terapia adatta, almeno una diminuzione delle artriti periferiche (fatto che è avvenuto) che potrebbe portare a un certo aumento della capacità lavorativa nell'ordine del 10% così da tornare a un 60% di abilità lavorativa. Personalmente ritengo che per quanto riguarda un'attività lavorativa adatta il miglioramento ottenuto grazie alle terapie medicamentose attualmente in corso possa portare a una capacità lavorativa anche dell'80%. Mi rifaccio anche a un rapporto medico per l'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità del Dr. med. _____ del 26.02.2019 in cui egli segnala come l'assicurato può svolgere un lavoro d'ufficio a tempo pieno e con rendimento possibilmente ridotto in misura da stabilire. La situazione è comunque invariata da anni. Valutazione che ha poi corretto in un ulteriore rapporto del 04.12.2019 segnalando come in attività leggere e adatte bisogna distinguere tra attività manuale qualunque, in qualunque attività manuale anche leggera e adatta vi è un'incapacità lavorativa del 70%. In un lavoro d'ufficio senza movimento ripetitivo con l'arto superiore destro e con la possibilità di pause più prolungate del solito per sgranchirsi e cambiare posizione in una situazione ergonomicamente adatta vi è un'incapacità lavorativa del 60%. Personalmente ritengo queste incapacità lavorativa decisamente sovrastimate per un'attività lavorativa leggera e variata. • Quando è presumibilmente subentrato il cambiamento? Ritengo che l'assicurato abbia avuto un miglioramento a partire dal 11.04.2019 data del certificato medico del Dr. med. _____ dove viene elencato il

valore della CRP < 5 e della VES di 8 mm la prima ora. Dati questi che ci inducono a interpretare il fatto che un'attività infiammatoria non sia più presente a quel momento. • Il cambiamento dello stato di salute ha prodotto un cambiamento dell'incapacità al lavoro nel quadro dell'attività svolta e della capacità lavorativa in un'attività adeguata? In caso affermativo, da quando e in che misura? No per quanto riguarda l'attività svolta, sì per un'attività adeguata. L'assicurato per quanto riguarda un'attività lavorativa adatta che tenga in considerazione le limitazioni funzionali da me sopra descritte presenta, dal 11.04.2019, una capacità lavorativa nella forma del 80%. (...)” (doc. AI 390/1471-1472) Il rapporto 4 dicembre 2019 del dr. _____ indirizzato al dr. _____ (doc. AI 390/1484-1485) – rapporto per il quale l’insorgente ha chiesto che “(...) siano confermate in giudizio le motivazioni descritte nel rapporto medico del 4 dicembre 2019 dal Dr. _____, segnalate al Dr. _____ nel 2018. (...)” (I, pag. 4) – è stato considerato dal dr. _____ nel succitato consulto del 9 marzo 2020 (doc. AI 390/1452-1472) confermato dai periti del SAM e dal quale questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi. In particolare, avuto riguardo alla censura secondo la quale con la “Richiesta perizia” del 15 luglio 2019 (doc. AI 364/1317-1318) non sarebbe stata considerata la documentazione medica “esatta” “(...) visto che riportano una capacità lavorativa in attività leggera pari al 100%, nella stessa richiesta di perizia del 19 Luglio 2020 [recte 15 luglio 2019: cfr. doc. AI 364/1317-1318] (...)” (I, pag. 5), va qui rilevato che nella “Richiesta perizia” del 15 luglio 2019 è evidenziato che “(...) in considerazione del fatto che il dr. _____ in seguito non conferma una CL piena in attività adatta e che la Dr.ssa _____ non inoltra il rapporto medico si rende necessario procedere a valutazione peritale in ambito pluridisciplinare . (...)” (doc. AI 364/1317, sottolineature del redattore). Considerata l’assenza di motivi per mettere in dubbio le suddette conclusioni a cui sono giunti i periti del _____, giova qui ricordare che il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell’ambito dell’esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell’esperto (STF 8C_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che non si avvera nel caso di specie. Riguardo alla pretesa di ritenere un’inabilità lavorativa per motivi psichiatrici già dal 2013 – “(...) Chiedo che il vostro giudizio mi permetta di ottenere un grado di inabilità lavorativa per la situazione psicologica in cui mi trovo da che hanno interrotto la riqualifica, valutato nel 100% nel 2013, anno in cui la dottoressa _____ mi ha visitato diverse volte e ha potuto constatare il mio stato di salute precario per motivazioni diverse dalla malattia, anche se la stessa era comunque motivo di grande preoccupazione. (...)” (I, pag. 8) – il dr. _____, nel consulto del 4 marzo 2020 (doc. AI 390/1435-1451), poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “(...) Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD 10-F33.1). Disturbo di personalità non specificato (ICD 10-F60.9) (...)” (doc. AI 390/1445), ha concluso per un’incapacità lavorativa (flessione del rendimento) del 50% in qualsiasi attività dal 1. gennaio 2018 in avanti (cfr. doc. AI 390/1447-1449, punti 8.1 e 8.2). Questo Tribunale – visto che la dr.ssa _____, nello scritto del 30 ottobre 2018 indirizzato all’Ufficio AI (doc. AI 312/1113-1114), non si è espressa sulla capacità lavorativa rilevando, tra l’altro, che “(...) con la presente vi informo in merito allo stato di salute della persona summenzionata. Ho visto per la prima volta il paziente il 17.6.2013, su segnalazione dell’Avvocato _____ di _____, a causa di un importante stato depressivo con marcata ansia in relazione ai problemi legati alla nota malattia a livello osseo. Unitamente a ciò egli viveva, in quel momento una situazione precaria a livello finanziario motivo questo che non gli avrebbe

permesso di intraprendere una cura regolare con la sottoscritta (avevo potuto rivederlo il 25.6.2013 in quanto avevo prescritto una terapia antidepressiva che il paziente però non aveva iniziato perché vissuta come ulteriore fallimento; egli si è ancora presentato dalla sottoscritta il 3.4.2014 ma anche qui, per gli stessi motivi, la presa in carico non ha avuto seguito). Ho rivisto il signor RI 1 il 30.1.2018 nell'ambito di una situazione di crisi di tipo ansioso e depressivo a causa soprattutto della difficile situazione a livello burocratico (ricorso AI, problemi finanziari,...); sottolineo che tutto ciò si andava comunque ad aggiungere allo stato fisico di base reso precario dalla malattia ossea. (...)” (doc. AI 312/1113) e che nei successivi rapporti medici del 29 novembre 2018 (doc. AI 321/1154-1160) e del 31 luglio 2019 (doc. AI 369/1334-1342) ha attestato un’incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività da anni (cfr. doc. AI 321/1156, punto 1.3) e del 75% nell’ultimo anno (doc. AI 369/1336, punto 1.3) – conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.5) e ritenuto che nessun altro attestato medico specialistico è stato prodotto, non ha alcun motivo per scostarsi dalla conclusione a cui è giunto il dr. _____ nel succitato consulto del 4 marzo 2020 (doc. AI 390/1435-1451) confermato anche dai periti del _____ (cfr. doc. AI 390/1425). Come già accennato, il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell’ambito dell’esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell’esperto (STF 8C_55/2019 del 22 maggio 2019). Del resto, come accennato (cfr. consid. 1.2), con decisione del 6 dicembre 2017 con la quale ha riconosciuto all’insorgente il diritto a tre quarti di rendita dal 1. novembre 2014 (doc. AI 281/977-978 con le motivazioni sub doc. AI 278/970-973), l’Ufficio AI ha dato seguito alla STCA 32.2017.28 del 27 settembre 2017 cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 274/933-966). Per quanto riguarda in particolare un eventuale cumulo tra l’inabilità lavorativa dal profilo reumatologico (20%) e quella dal lato psichiatrico (50%), i periti _____ hanno concluso che “(...) abbiamo parzialmente addizionato le riduzioni delle capacità lavorative per le patologie a livello reumatologico e psichiatrico, non avendo i consulenti valutato le stesse patologie. (...)” (doc. AI 390/1429, punto I). Tale conclusione, peraltro non contestata validamente dal ricorrente, merita conferma. In effetti, quanto alla valutazione globale delle patologie, va qui ricordato che secondo l’Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013, 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l’Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell’incapacità lavorativa va di regola eseguito nell’ambito di una perizia pluridisciplinare. Nella STF I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 15, il TF ha ulteriormente rilevato che “(...) una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo. (...)” (regesto della SVR 2008 IV Nr. 15, pag. 43). Nella sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 il TCA ha nuovamente avuto modo di sottolineare l’importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il

grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, scaturente su una ponderata discussione plenaria fra gli esperti interessati (STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; 8C_245/2012 del 9 aprile 2013). Nella fattispecie, a proposito della valutazione globale delle diverse patologie di cui è affetto il ricorrente, in ossequio a detta giurisprudenza, risulta che “(...) le conclusioni peritali si fondano su un’esauriente discussione plenaria tra i medici periti del _____ e tra il Dr. med. _____ e il Dr. med. _____ in data 15.4.2020 alle ore 13:45, tramite teleconferenza (...)” (doc. AI 390/1423) e che i periti hanno concluso per una capacità lavorativa globale in un’attività adeguata del 40% dal gennaio 2018 (cfr. punti H e I.2 sub doc. AI 390/1429-1430). Tale conclusione, che fa capo ad un giudizio globale dopo ponderata e accurata discussione tra i periti coinvolti, non può essere messa in discussione da questo Tribunale e merita conferma. In concreto l’insorgente – come confermato dal medico SMR dr. _____ nel succitato rapporto finale del 20 aprile 2020 (cfr. doc. AI 391/1493-1497) –, dal mese di gennaio 2018, va ritenuto abile al lavoro nella misura del 40% in un’attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. 2.8. Quanto alla valutazione economica va rilevato quanto segue. Come accennato (cfr. consid. 2.4) spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l’età (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell’8 novembre 2011 consid. 3.5). Al riguardo va pure rilevato che il concetto d’invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest’ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall’altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l’invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l’esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall’interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell’offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall’inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a). Nella fattispecie concreta il consulente AI, nella valutazione del 26 giugno 2020 (doc. AI 395/1504-1506) – ritenuta, sulla base della succitata perizia pluridisciplinare del _____ 16 aprile 2020 confermata dal rapporto finale SMR 20 aprile 2020 (cfr. consid. 2.6), un’incapacità lavorativa totale nell’attività abituale dal 2005 e del 60% in un’attività adeguata dal 1. gennaio 2018 e continua (riduzione del rendimento) e esposti gli “Aspetti medico-assicurativi” e l’ “Analisi della reintegrabilità e diritto a PPR” –, ha concluso che “(...) in considerazione di quanto sopraesposto e precedentemente analizzato emerge come il quadro clinico non permetta la messa in atto di PPR volti a migliorare la capacità di guadagno dell’A.to. In passato sono stati effettuati diversi tentativi in tal senso che non hanno portato ad una nuova qualifica professionale. In seguito lo stato di salute è ulteriormente peggiorato con inabilità prolungata e stazionaria sul lungo periodo. Ora, tenuto conto dei seri limiti funzionali di ordine reumatologico (che lo renderebbero abile unicamente in attività estremamente leggere) e di ordine psichico (quadro medico tendente alla cronicizzazione che esige lo svolgimento di attività prive di stress), dell’inattività

dell'assicurato nel libero mercato del lavoro dall'agosto del 2005 e dei passati provvedimenti integrativi con esito infruttuoso, chi scrive ritiene che non esista – nemmeno in un mercato del lavoro supposto in equilibrio - un numero sufficiente di impieghi accessibili all'assicurato. Questo ci porta ad una valutazione complessiva odierna di non reintegrabilità nel normale circuito lavorativo a partire da gennaio del 2018. Se è vero che una nuova cura medicamentosa ha portato ad un miglioramento della parte fisica, è altrettanto vero che il certificato peggioramento legato alla parte psichica, con le limitazioni funzionali enunciate e con conseguente attestazione di una CL del 40% (rendimento ridotto) non risulta essere in linea con le reali esigenze del mercato del lavoro nei settori specifici sopraccitati. Va infine rilevato che secondo la giurisprudenza la capacità lavorativa residua non è realizzabile nel mondo del lavoro se le limitazioni mediche e personali dell'assicurato sono talmente importanti che possono essere sfruttate in attività di nicchia (che rendono le possibilità occupazionali a priori escluse od irrealistiche); rispettivamente quando solo un datore di lavoro particolarmente generoso e comprensivo sarebbe disposto ad assumere l'interessato. In tale ipotesi la reintegrabilità non viene ammessa, poiché le concessioni al lavoratore richieste ad un potenziale datore di lavoro sono da ritenersi smisurate e quindi l'esercizio di un'attività lavorativa deve essere considerato incompatibile con le esigenze attuali del mondo del lavoro (cfr. ad es. STF 9C_984/2008 consid. 4 e 5). (...)” (doc. AI 395/1506). Questo Tribunale, conformemente alla succitata giurisprudenza e tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), non ha alcun motivo per scostarsi dalla valutazione del consulente in integrazione professionale peraltro nemmeno contestata. Di conseguenza – ribadito che per i motivi sopra esposti (cfr. consid. 2.7) non è possibile ritenere un'inabilità lavorativa per motivi psichiatrici già dal 2013 e considerato che dal 1. gennaio 2018 l'insorgente non è più reintegrabile nel mercato del lavoro – la domanda di effettuare un confronto dei redditi da valido e invalido aggiornati a oggi (cfr. consid. 1.4) va disattesa in quanto ininfluenza nel caso concreto. 2.9. Visto tutto quanto precede, confermata la non reintegrabilità in un mercato del lavoro supposto in equilibrio (cfr. consid. 2.8), il peggioramento dello stato di salute dal gennaio 2018 (cfr. consid. 2.7) e in corretta applicazione degli articoli 88a cpv. 2 e art. 88 bis cpv. 1 let. a OAI (cfr. consid. 2.3), all'insorgente – come del resto proposto dalla medesima amministrazione con la risposta di causa (cfr. consid. 1.5) – va riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. aprile 2018 (ovvero tre mesi dopo il peggioramento dello stato di salute e vista la domanda di revisione del marzo 2018 ai sensi del disposto di cui agli artt. 88a cpv. 2 e 88 bis cpv. 1 let. a OAI). Il ricorso va quindi accolto ai sensi dei considerandi e la decisione impugnata modificata nel senso che RI 1 ha diritto ad una rendita intera dal 1. aprile 2018. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2020 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria, art. 83 LPG), la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico dell'Ufficio AI ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria (cfr. consid. 1.4), da intendersi quale esonero da spese l'insorgente non essendo patrocinato in causa.

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