

TI_GERICHTE 32.2020.162 vom 13. November 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-11-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.162

FR: TI_GERICHTE 32.2020.162 du 13 novembre 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.162 del 13 novembre 2020

Regeste

Attribuita una rendita parziale per un tempo limitato. Assicurato contesta e pretende rendita a tempo illimitato. Ricorso respinto con rigetto anche della domanda di assistenza giudiziaria non essendo stata comprovata l'indigenza

Erwägungen

E. 1

aprile al 31 maggio 2019 (doc. AI pag. 172). Tali conclusioni sono state confermate dal SMR anche dopo aver preso visione delle certificazioni del dr. _____, psichiatra curante, e del dr. _____, chirurgo ortopedico, fatte pervenire unitamente alle osservazioni al progetto di decisione (doc. AI pag. 280, 287). Di conseguenza, mediante decisione 13 novembre 2020, l'Ufficio AI ha statuito: " (...) Decidiamo pertanto : A decorrere dall'01.11.2018, ovvero alla scadenza dell'anno d'attesa (Art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), insorge il diritto ad una rendita intera d'invalidità con grado AI del 100% in favore del Signor RI 1. A far capo dall'01.04.2019 la prestazione viene ridotta ad un quarto di rendita d'invalidità con nuovo grado AI del 40%, erogata per un periodo [imitato al 31.05.2019].

Esito degli accertamenti : La domanda di prestazioni AI è stata presentata in data 08.05.2018. Dalla disamina degli atti acquisiti a dossier in fase d'istruttoria documentale, espletati i dovuti accertamenti, il 26.03.2019 l'Ufficio AI (DAI) ha trasmesso una proposta di decisione (annullata e sostituita dalla presente) atta ad indicare il diritto a prestazioni AI. In considerazione del nuovo referto presentato dal Dr. _____, il Servizio Medico Regionale (SMR) ha ritenuto opportuno richiedere un parere peritale esterno al _____ e le conclusioni sono state fatte proprie dal SMR. I periodi e le percentuali d'incapacità lavorativa, da considerare come riduzione di rendimento, risultano essere le seguenti:

Attività abituale, operaio agricolo/aiuto cucina : 100% dal 17.05.2017 0% dal 16.10.2017 - interruzione anno d'attesa (Art. 29ter LAI) 100% dal 22.11.2017-prima valutazione 30% dal 20.02.2019 - seconda valutazione Attività adeguata allo stato di salute : 100% dal 17.05.2017 0% dal 16.10.2017 - interruzione anno d'attesa (Art. 29ter LAI) 100% dal 22.11.2017 50% dal 03.12.2018 - prima valutazione 20% dal 20.02.2019 - seconda valutazione Dal profilo salariale, la giurisprudenza imposta all'Alta Corte federale indica che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., D 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Sempre in base alla giurisprudenza federale, tali redditi possono ancora essere diminuiti nella misura massima del 25%, e ciò al fine di considerare quei fattori che nel caso di specie sono suscettibili di influenzare il reddito che l'assicurato potrebbe percepire, quali ad esempio le limitazioni

addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75). Determinazione del Reddito da valido (Rh) In considerazione dei nuovi elementi economici statistici a disposizione dell'UAI, adoperando la medesima procedura d'aggiornamento del dato 2013, riportato nell'estratto del Conto Individuale (C. 1.) al 2018, il Reddito da valido (Rh) viene stabilito a CHF 53'420.24. Determinazione del Reddito da invalido (Ri) In base alla capacità lavorativa del 50% in attività adeguate, presente da dicembre 2018, il Signor RI 1 avrebbe invece potuto conseguire CHF 32'012.07 (tabelle RSS, valori federali, settore maschile, riduzione complessiva del 5%). Calcolo della capacità di guadagno residua (CGR) - capacità lavorativa 50%: Confronto dei redditi: Reddito da valido CHF 53'420.24 Reddito da invalido CHF 32'012.07 Perdita di guadagno CHF 21'408.17 = Grado d'invalidità 40% Determinazione del Reddito da invalido (Ri) In base alla capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate, certificata da febbraio 2019, egli avrebbe invece potuto percepire CHF 51'219.31 (tabelle RSS, valori federali, settore maschile, riduzione complessiva del 5%). Calcolo della capacità di guadagno residua (CGR) - capacità lavorativa 80%: Confronto dei redditi: Reddito da valido CHF 53'420.24 Reddito da invalido CHF 51'219.31 Perdita di guadagno CHF 2'200.93 = Grado d'invalidità 4% In base alla situazione fin qui descritta, a decorrere dall'01.11.2018 (termine anno d'attesa - Art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), viene riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità con grado AI del 100% in favore del Signor RI 1. In riferimento all'Art. 88a cpv. 1 lett. b LAI, la sopra citata prestazione viene ridotta ad un quarto di rendita d'invalidità con nuovo grado AI del 40% dall'01.04.2019, erogata limitatamente al 31.05.2019. Reintegrazione Dal rapporto redatto da una consulente del Servizio Integrazione Professionale (SIP), si evince che non ci sono i presupposti per l'applicazione di misure reintegrative atte a migliorare la capacità di guadagno residua. Previa richiesta scritta, l'Ufficio AI (DAI) resta disposizione per valutare un sostegno al collocamento. Osservazioni al progetto di decisione del 23.06.2020 Contro la proposta di decisione AI è stata presentata una contestazione, supportata da nuova documentazione medica. Dalla disamina dei nuovi elementi, l'Ufficio AI (UAI) ha potuto determinare che non siamo in presenza di una nuova diagnosi o di una nuova sintomatologia, ma piuttosto di una diversa valutazione dei medici curanti, rispetto agli accertamenti espletati dall'UAI. Quanto indicato nel progetto di decisione del 23.06.2020 trova conferma: a decorrere dall'1.11.2018 (termine anno d'attesa - Art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), viene riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità con grado AI del 100% in favore del Signor RI 1. In riferimento all'Art. 88a cpv. 1 lett. b LAI, la sopra citata prestazione viene ridotta ad un quarto di rendita d'invalidità con nuovo grado AI del 40% dall'01.04.2019, erogata limitatamente al 31.05.2019. Previa richiesta scritta, l'Ufficio AI (DAI) resta disposizione per valutare un sostegno al collocamento.” (doc. B) Il ricorrente insorge in questa sede ritenendo che la sua situazione valetudinaria non sia stata adeguatamente valutata, sulla base anche di nuova documentazione medica. 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi chiarimenti (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 pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore

(Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. Ritornando al caso concreto, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo TCA, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'interessato sia stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni fatte eseguire dall'amministrazione, e in particolare da un lato il rapporto del SMR del 3 dicembre 2018 e dall'altro la perizia del _____ del 22 aprile 2020, quest'ultima essendo da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. Questo per i motivi che seguono.

2.7.1. Come anticipato al consid. 2.5, l'amministrazione, al fine di chiarire la situazione dell'assicurato, vittima di diversi infortuni tra il giugno 2016 e il novembre 2017 ad entrambe le ginocchia, è stato visitato dal dr. _____ del SMR, il quale, nel rapporto del 3 dicembre 2018, ha posto le diagnosi di "G onalgia bilaterale dx > sin, Coxalgia dx > sin, Dolori brucianti al piede destro in piedi piatti bilaterale, Periartropatia omero-scapolare bilaterale lieve, St. d. lombalgia inizio novembre 2018, Formicolii delle due mani, Dispnea di forza NYHA II-III, Ipertensione arteriosa, Obesità". Dopo aver esposto accuratamente l'anamnesi e la descrizione dei disturbi soggettivi ed effettuata un'accurata visita clinica, ha concluso ammettendo un'inabilità completa dal 17 maggio al 15 ottobre 2017 e nuovamente dal 22 novembre 2017, con una ripresa della capacità del 50% dal 3 dicembre 2018 in attività leggere adeguate, ossia rispettose delle limitazioni poste. Quali limiti funzionali e di carico da osservare ha indicato un carico massimo di 10 kg, la necessità di pause supplementari, di non restare seduto più di un'ora, non inclinarsi in avanti, né in posizione seduta o eretta, non potendo camminare più di 15 minuti e dovendo evitare di camminare su terreno accidentato, di fare le scale, accovacciarsi e inginocchiarsi oltre che lavori con le braccia sopra la testa; cfr. doc. AI pag. 72). Tali conclusioni, tratte dal SMR sulla base di un esame eseguito in modo approfondito, e ben motivate, appaiono condivisibili.

2.7.2. Presa visione del rapporto del dr. _____, psichiatra curante, del 27 marzo 2019 (doc. AI pag. 102), il medico SMR ha ritenuto nondimeno opportuno ordinare l'esecuzione di una perizia multidisciplinare affidata al _____. Nel rapporto peritale del 22 aprile 2020 risulta che i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti, incluse approfondite indagini cliniche e radiologiche, e hanno precisato debitamente le ragioni per le quali al momento della perizia l'assicurato andava considerato

inabile nella misura del 30% nell'attività abituale e del 20% in attività leggere adeguate. Tale conclusione va condivisa. In effetti, i periti del _____ hanno dapprima ricordato che l'assicurato, attivo dal 1999 in Ticino svolgendo diverse attività (aiuto magazziniere, aiuto cucina, barista-cameriere, collaboratore nel servizio di sicurezza, muratore/aiuto giardiniere, operaio, venditore/magazziniere, ausiliario di pulizia, operaio presso una pollicoltura, aiuto cucina), aveva subito un primo infortunio nel maggio 2017 al ginocchio, alla gamba e alla caviglia destri, un secondo nel novembre 2017 (caduta con contusione delle ginocchia), a seguito del quale non aveva più ripreso alcuna attività lavorativa. I periti hanno riferito che l'assicurato lamentava sempre dolori al ginocchio destro con irradiazione fino alla coscia laterale e fino al piede, dolori al ginocchio sinistro in zona anteriore, bruciori al piede destro in zona metatarsale IV-V, oltre a dolori a livello dell'anca e del piede destri, della colonna lombare, della spalla destra, mancanza di forza nell'arto superiore sinistro, con formicolii nelle dita, oltre ad un certo nervosismo e mancanza di fiato effettuando degli sforzi fisici. Dal punto di vista psichico, egli risultava in cura dal febbraio 2019 per un quadro depressivo, attualmente in trattamento. Innanzitutto l'assicurato è stato valutato sul piano internistico dal dr. _____, internista, il quale, esaminati accuratamente gli atti e gli esami di laboratorio, ha escluso la presenza di affezioni internistiche con effetto sulla capacità lavorativa. Per quanto riguarda la valutazione reumatologica, la stessa è stata affidata al dr. _____, il quale, nel rapporto al _____ del 15 ottobre 2019, dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico e la documentazione radiografica, ha posto le diagnosi invalidanti menzionate sopra (cfr. consid. 2.5), oltre a quelle senza ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale e un neuroma di Morton al piede destro. Secondo lo specialista queste patologie comportavano delle limitazioni in attività particolarmente pesanti, in cui l'assicurato debba alzare dei pesi ripetutamente superiori ai 15-20 kg, o mantenere posizioni statiche prolungate sia in piedi che seduto, per lavori con ripetuti movimenti di flessione-rotazione del tronco o in posizioni non ergonomiche per la colonna vertebrale, nell'inginocchiarsi ripetutamente, nel rimanere per lungo tempo inginocchiato, nel salire e scendere scale a pioli ripetutamente. Per quanto riguardava la spalla sinistra vi era inoltre una limitazione in attività da svolgere tenendo le braccia alzate sopra l'orizzontale per un lungo periodo o in movimenti continui di elevazione e abduzione. Sulla base di queste constatazioni il consulente del _____ ha valutato un grado di capacità lavorativa dell'80% nelle attività da ultimo svolte e del 100% in un'attività adeguata allo stato di salute e come casalingo. In un complemento del 17 marzo 2020 riferito a documentazione trasmessa (fra gli altri un certificato del dr. _____ del 5 dicembre 2019) il perito ha confermato tali conclusioni (doc. AI pag. 202). A tale approfondita e dettagliata valutazione, che non ha trascurato alcun aspetto di rilievo e valutato tutti i reperti agli atti, sulla base di un'accurata visita clinica e gli esami del caso, e che condivide nella sostanza le diagnosi poste e le limitazioni funzionali descritte dal SMR nel rapporto di visita del 3 dicembre 2018, questo Tribunale non ha motivo di non aderire. Per quanto riguarda la problematica pneumologica, l'assicurato è stato valutato dal dr. _____, specialista in pneumologia, il quale, dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico e il referto dell'esame di funzionalità respiratoria completo, è giunto alla conclusione che non si poteva confermare alcuna affezione respiratoria. La dispnea da sforzo descritta era in effetti da ricondurre all'obesità, associata anche ad una diminuita resistenza allo sforzo dovuta alla relativa immobilità. Sulla base di queste constatazioni il consulente ha escluso una limitazione della capacità lavorativa sia nell'attività da ultimo esercitata che in altre attività

e anche come casalingo. Anche tale valutazione appare approfondita e condivisibile. Dal punto di vista psichiatrico, l'assicurato è stato peritato dal dr. Passoni, il quale, effettuate due valutazioni cliniche, dopo aver descritto l'anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico e gli atti medici a disposizione, come pure l'esame clinico secondo AMDP System, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "Sindrome da disadattamento reazione mista ansioso depressiva (ICD-10; F 43.22)". Dopo aver ricordato che l'assicurato era in cura specialistica e che la stessa si era svolta in conformità al quadro clinico presentato, consentendo di contenere la sintomatologia più acuta, ha rilevato come permanesse una sintomatologia ansioso-depressiva con atteggiamento passivo remissivo, ritenendo dunque importante il proseguimento di una presa a carico psichiatrica integrata e prolungata. Secondo lo specialista, "il corteo sintomatologico, ascrivibile alla diagnosi descritta, interferisce sulle prestazioni lavorative, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto in propri propositi con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza, con un'incapacità lavorativa nella misura del 20% sia nell'attività da ultimo svolta, che in altre attività". Anche a tale valutazione, tratta sulla base di un approfondito esame clinico, che non ha tralasciato alcun elemento di rilievo, si deve aderire senza riserve. Il dr.

_____, infatti, chiamato a stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, dopo averlo visitato, eseguiti gli esami più appropriati e studiata la documentazione agli atti, ha descritto nei particolari l'anamnesi e l'esame psichico ed ha risposto alle questioni poste dall'AI, che tengono conto degli indicatori standard posti dal Tribunale federale nella sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281 ed estesa con una sentenza del 30 novembre 2017 a tutte le malattie psichiche (cfr. DTF 143 V 409). Tali conclusioni, frutto di un attento ed approfondito esame del caso, appaiono convincenti, segnatamente in assenza di certificazioni che possano in qualche modo descrivere una differente situazione valetudinaria o un diverso apprezzamento. Alla luce di tali dettagliati consulti specialistici, il _____ ha, come anticipato, posto le diagnosi menzionate al consid. 2.5, effettuato una valutazione globale e quindi ritenuto invalidanti le succitate affezioni reumatologiche (in misura del 20% nelle attività svolte, dello 0% in attività leggere adeguate e come casalingo) e psichiatriche (inabilità nella misura del 20% in ogni attività, dello 0% come casalingo). Ritenendo le singole incapacità lavorative non cumulabili, ma integrabili, "in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali, di rendimento e di carico che in buona parte si sovrappongono", ha quindi valutato la capacità lavorativa globale nella misura del 70%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa, nelle attività da ultimo svolte, e dell'80% in attività adatte, sempre intesa come riduzione del rendimento. In merito all'evoluzione della capacità lavorativa, ha concluso: "L'A. era stato sottoposto a una visita medica presso il Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI, nel cui rapporto del 3.12.2018 la capacità lavorativa era stata valutata nella maniera seguente: nell'attività abituale capacità lavorativa 0% dal 17.5.2017, 100% dal 16.10.2017, 0% dal 22.11.2017, mentre in un'attività adeguata capacità lavorativa 0% dal 17.5.2017, 100% dal 16.10.2017, 0% dal 22.11.2017, 50% dal 3.12.2018. Sulla base di quanto descritto dai nostri consulenti si ritiene che la valutazione della capacità lavorativa scaturita nella presente perizia (70% nell'attività da ultimo svolta e 80% in un'attività adeguata) vale da febbraio 2019 (inizio della presa in carico psichiatrica) fino ad oggi e continua." E sulle ripercussioni funzionali: "Per quanto riguarda le patologie in ambito reumatologico, secondo il nostro consulente l'A. è limitato in attività particolarmente pesanti, in cui deve alzare dei pesi ripetutamente superiore ai

15-20 kg, è limitato nel mantenere posizioni statiche prolungate sia in piedi che seduto e in attività con ripetuti movimenti di flessione-rotazione del tronco con posizioni non ergonomiche per la colonna vertebrale, è limitato nell'inginocchiarsi ripetutamente, nel rimanere per lungo tempo inginocchiato, nel salire e scendere scale a pioli ripetutamente e rapidamente. Per quanto riguarda la spalla sin. vi è una limitazione in attività da svolgere tenendo le braccia alzate sopra l'orizzontale per un lungo periodo o in movimenti continui di elevazione e abduzione della spalla sin. e di rotazione, è limitato anche nel fare forza contro resistenza con il braccio sin. Secondo il nostro consulente in reumatologia un'attività lavorativa adeguata, che tenga in considerazione le limitazioni funzionali descritte è esigibile con una capacità lavorativa piena. Dal punto di vista pneumologico il nostro consulente valuta una capacità lavorativa piena sia nell'attività da ultimo esercitata che in altre attività fisicamente da leggere a pesanti, senza limitazioni dal punto di vista respiratorio. Dal punto di vista psichiatrico la sintomatologia ascrivibile alla diagnosi descritta interferisce sulla prestazione lavorativa, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza, che comporta un'incapacità lavorativa nella misura del 20% in qualunque attività lucrativa. A prescindere dalle valutazioni allegare in ambito reumatologico, pneumologico e psichiatrico, le altre diagnosi internistiche non comportano una limitazione della capacità lavorativa (come anche descritto dal consulto in reumatologia, sono da evitare attività lavorative fisicamente particolarmente pesanti.” (doc. AI pag. 177) Queste conclusioni sono state fatte proprie dal medico SMR nel rapporto del 27 aprile 2020, nel quale, ammesse le diagnosi poste dal _____ e le relative limitazioni funzionali descritte dalla perizia, ha concluso ammettendo un'inabilità lavorativa in ogni attività dal 17 maggio 2017, dello 0% dal 16 ottobre 2017, del 100% dal 22 novembre 2017, con ripresa dell'abilità del 50% solo in attività adeguate dal 3 dicembre 2018, ritenuto che dal 20 febbraio 2019, come da conclusioni del _____, l'assicurato era abile nella misura del 70% nell'attività abituale e dell'80% in attività adeguate (doc. AI pag. 251). Mediante rapporto del 2 settembre 2020 sempre il dr. _____ del SMR ha confermato queste conclusioni anche dopo aver preso visione della documentazione prodotta in fase di osservazioni al progetto di decisione del 23 giugno 2020 (doc. AI pag. 250 e 287). In tale rapporto il SMR si è in particolare espresso in merito alla differente valutazione dell'esigibilità lavorativa espressa dal dr. _____, psichiatra curante (il quale, nello scritto dell'11 agosto 2020, aveva riferito di seguire dal febbraio 2019 il paziente, che aveva avuto un miglioramento dopo la presa a carico integrata, ma aveva fatto registrare un peggioramento da circa un anno della sintomatologia somatica dolorosa con intensificazione dei dolori e di conseguenza anche della problematica psichiatrica, con le diagnosi di episodio depressivo di media gravità e sindrome somatoforme da dolore persistente e un'abilità lavorativa che “ difficilmente potrà risultare essere globalmente superiore al 25% ”; cfr. doc. AI pag. 281) e dal dr. _____, ortopedico (il quale il 21 agosto 2020 aveva riferito di avere in cura l'assicurato dal 2016 a seguito dell'infortunio al ginocchio sinistro, in un quadro in cui l'assicurato lamentava costante dolorabilità al ginocchio destro, con “ leggero stiramento del legamento crociato anteriore associato ad una sindrome della bandelletta ilio-tibiale e minima borsite, sotto-rotulea ed un quadro di offite ” e al ginocchio sinistro con “ pregressa rottura e degenerazione del fascicolo laterale del legamento crociato anteriore e modesta degenerazione del menisco laterale in un quadro comunque di paziente obeso ”, riferendo di un quadro clinico praticamente stabile, con insorgenza di dolori ad entrambe le spalle dalla

metà dell'anno 2019 in un quadro di importante contrattura della muscolatura periacetabolare a destra, e a sinistra un quadro di conflitto sottoacromiale e una tendinosi del capolungo del bicipite brachiale ed una entesopatia del tendine sovraspinoso. A suo avviso l'assicurato era ancora inabile in misura completa ritenuto che “dal punto di vista della prognosi lavorativa (...) nel medio-lungo termine difficilmente la capacità lavorativa potrà risultare essere globalmente superiore ad un 25%” ; doc. AI pag. 283). In proposito il dr. _____ del SMR ha concluso che “c onfrontando le indicazioni dei due medici curanti con le costatazioni dei periti non si evince una diagnosi nuova od una sintomatologia nuova. Si tratta d'una diversa valutazione da parte dei medici curanti. Il RAF del 27.04.2020 rimane invariato” (annotazione del 2 settembre 2020, doc. AI pag. 287). Deve pure essere osservato che per quanto specificatamente concerne la certificazione del dr. _____, la stessa è pure stata sottoposta al _____, il quale, nel complemento del 17 febbraio 2021, sulla base della valutazione del dr. _____ del 28 gennaio 2021 (il quale ha affermato che “d a quanto letto, non ho riscontrato indicazioni per delle modifiche sostanziali e direzionati dello stato di salute dell'assicurato, che portino quindi ad una rivalutazione della mia valutazione antecedentemente eseguita nell'ambito peritale del 15.10.2019. A distanza ormai di più di un anno da quella valutazione peritale, penso si debba giungere ad una conclusione, eventualmente se del caso, rassicurato potrà poi inoltrare una richiesta di peggioramento delle condizioni di salute” , doc. VIII/4), ha condiviso la conclusione del SMR nel senso che la nuova documentazione non apportava elementi tali da modificare le conclusioni della perizia _____ del 22 aprile 2020 (doc. VIII/4). Infine, sia pure ancora osservato che le conclusioni della perizia _____ e del SMR sono, almeno per quanto concerne l'esercizio di attività leggere adeguate, condivise anche dal dr. _____, chirurgo ortopedico, nella perizia allestita il 19 maggio 2020 per conto della _____. In tale rapporto peritale (di 14 pagine), effettuati visite cliniche e accertamenti diagnostici, confermate la diagnosi di gonalgia ad entrambe le ginocchia oltre a sindrome vertebrale/spondilogeno lombare, il perito ha condiviso la conclusione di inabilità lavorativa nella precedente attività posta dal dr. _____, ma ha concluso che in attività leggere adatte egli fosse abile in misura completa, specificando che doveva trattarsi di “attività leggere, prevalentemente sedentarie, con possibilità di libera scelta o per lo meno di cambiamento regolare della posizione degli arti inferiori al di sotto del piano di lavoro, senza necessità di gestione di una pedaliera, che non richiedono delle sollecitazioni di carico in flessione prolungate, frequenti o ripetute, che non comportano degli spostamenti su delle scale anche munite di gradini comodi, oppure su terreni declivi, in particolare in discesa” (doc. AI pag. 422). Lo specialista ha quindi evidenziato di fatto un miglioramento rispetto alla precedente valutazione da lui eseguita il 21 marzo 2018 con la quale aveva concluso per un'inabilità lavorativa completa in ogni attività (doc. AI pag. 363). Se è vero, come adduce il ricorrente, che da questa valutazione il dr. _____ aveva escluso la sindrome lombovertebrale e spondilogeno e quella psichiatrica, va osservato che tale circostanza non modifica le predette conclusioni. In effetti, va rilevato che in ogni modo, la valutazione del _____ (condivisa dal SMR nel rapporto del 27 aprile 2020, doc. AI pag. 250), non aveva attribuito valenza invalidante alle citate affezioni alla schiena (doc. AI pag. 164). Quanto all'affezione psichiatrica, come dianzi esposto, alla stessa il _____ ha riconosciuto una valenza invalidante del 20%, ragione per cui anche volendo per ipotesi dedurre tale limitazione dall'abilità lavorativa in attività adeguate stimata dal dr. _____, si otterrebbe comunque un'abilità residua dell'80%, come concluso dal _____. 2.7.3. A tali ben motivate conclusioni si deve aderire, ritenuto che, come

verrà illustrato nel prosieguo, le stesse non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnostiche o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia _____ e entro la data della decisione contestata, ritenuto che per la giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino alla resa del provvedimento contestato (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Dalle ben motivate conclusioni della perizia _____ e del medico SMR non è in effetti possibile scostarsi sulla base delle due certificazioni prodotte con il ricorso. In particolare, l'11 dicembre 2020 il dr. _____ ha fatto valere quanto segue: " (...) Come sicuramente a lei già ben noto, il signor RI 1, aveva subito un infortunio sul lavoro circa quattro anni or sono, mentre installava un impianto di smaltimento delle acque luride in un allevamento di polli, venendo investito da un escavatore e subendo un trauma ad entrambe le ginocchia. Successivamente, nel novembre 2017, subiva un secondo infortunio, sempre sul lavoro, con un ulteriore trauma anche alle ginocchia. All'epoca della mia presa a carico, nel febbraio del 2019, il paziente presentava un quadro depressivo di media gravità (ICD10: F 32.1), con riduzione del tono dell'umore e degli interessi, nonché del piacere nel fare le cose. Oltre al sensibile caio timico, il paziente presentava difficoltà del sonno, con risvegli precoci la mattina, inoltre, egli accusava stanchezza, mancanza di energie, scarsa stima di sé e sensazione di fallimento, nonché irritabilità, irrequietezza e stati d'agitazione. In data 04.11.2019, dopo valutazione peritale svolta nel mese di ottobre 2019 nell'ambito di una domanda di invalidità, il Dr. _____ poneva la diagnosi di "sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso-depressiva" (ICD10:F43.22). In un mio rapporto del 11.08.20, rilevavo come nell'ultimo anno si fosse assistito ad un peggioramento della sintomatologia dolorosa, estesa principalmente al rachide ed alle zone dorsali, nonché al cingolo scapolare, soprattutto a sinistra. Questa sintomatologia trovava un non sufficiente riscontro dal punto di vista dei dati obiettivabili, come in parte riscontrato anche in sede peritale. Il paziente lamenta inoltre il persistere di difficoltà di attenzione e di concentrazione, stati di tensione e di facile irritabilità, episodi occasionali di derealizzazione. Rilevavo anche un netto peggioramento da un punto di vista clinico, con intensificazione dei dolori, divenuti particolarmente penosi ed invalidanti per il paziente, tanto da limitarlo anche nello svolgimento delle proprie attività quotidiane. In particolare, il paziente riferisce di non riuscire a mantenere la medesima posizione per un periodo anche breve, dovendo di frequente alzarsi da seduto, o faticando a rimanere in piedi per un periodo prolungato, dovendo quindi cambiare continuamente posizione. Inoltre, egli riferisce di essere limitato nel camminare; non riuscendo a percorrere che brevi distanze, e nel piegarsi. Sempre nel mio rapporto del 11.08.20, oltre all'esacerbazione della sintomatologia depressiva, ponevo diagnosi di "sindrome somatoforme da dolore persistente" (ICD10: F 45.4). Il paziente presenta a tutt'oggi una sintomatologia dolorosa, con limitazioni funzionali tali da non permettergli una seppur parziale ripresa dell'attività lavorativa. Secondo la classificazione internazionale ICD10, fra i criteri di esclusione si legge che "in una sindrome da disadattamento con una sintomatologia depressiva, la durata dei sintomi raramente si prolunga oltre i sei mesi, tranne che per reazioni depressive prolungate" (ICD10:F43.21). In ogni caso, l'entità della sintomatologia ed il numero dei sintomi presentati dal signor RI 1 depongono per un'esacerbazione del quadro depressivo, come da diagnosi del febbraio 2019." (doc. C) Questa certificazione (unitamente a quella, già menzionata sopra, del dr. _____ del 21 agosto 2020 prodotta in fase di osservazioni al progetto di decisione) è stata come da prassi sottoposta al _____, il quale ha interpellato i periti in psichiatria

e in reumatologia e con complemento peritale del 17 febbraio 2021 ha concluso che la documentazione non apportava elementi idonei a modificare le conclusioni della perizia del 22 aprile 2020, ritenuto che il dr. _____, analizzato lo scritto del dr. _____, nel suo rapporto del 28 gennaio 2021 ha affermato che “ le nuove informazioni pervenute non consentono di modificare le conclusioni della mia valutazione contenute nella perizia di aprile 2020” (doc. VIII/4). Tali allegazioni del _____, ben motivate ed espresse dagli specialisti che avevano già accuratamente valutato l’assicurato, che prendono posizione sulle affermazioni, da un lato, dell’ortopedico curante (e che su quest’aspetto erano state integralmente condivise anche dal SMR; cfr. Annotazione 2 settembre 2020, doc. AI pag. 287), e, dall’altro, dello psichiatra curante, appaiono convincenti e meritano di essere confermate. Sia peraltro osservato che le affermazioni dello psichiatra curante di cui alla certificazione dell’11 agosto 2020 (riprese in quella dell’11 dicembre 2020) sottolineano l’intervento di un peggioramento “ nell’ultimo anno ”. Ora, tale peggioramento sarebbe quindi da situare nei primi mesi dell’anno 2020 ed è di conseguenza stato adeguatamente considerato nella perizia _____ del 22 aprile 2020, ove in effetti si rilevi che la descrizione dei disturbi soggettivi riportata dal _____ sulla base delle dichiarazioni dell’assicurato riferiva già di una situazione analoga a quella descritta dal dr. _____ nelle sue certificazioni, con la presenza di sintomi dolorosi particolarmente limitanti (a livello delle ginocchia, con accentuazione soprattutto sotto sforzo, con irradiazione fino alla coscia laterale, dolori a livello dell’anca e del piede destri, dolori a livello della colonna lombare e di entrambe le spalle, con dispnea da sforzo; doc. AI pag. 159). Nè del resto il “ sommario consultazioni ”, allestito il 1. marzo 2021 dal dr. _____ dello _____, permette di concludere altrimenti. Tale rapporto, nel quale vengono poste le diagnosi di “ Sindrome lomboradiculare destra: - Osteocondrosi L5-S1 con moderata stenosi foraminale bilaterale; - Discopatia L3-4 con ernia paramediana sinistra e stenosi centrale ”, è stato sottoposto al dr. Cortesi del SMR, il quale, con annotazione del 11 marzo 2021, si è così espresso: " (...) Sommario consultazioni Dr. _____, ortopedico _____ (...) 01.03.2021 Il paziente non ha potuto eseguire la fisioterapia per uno stato influenzale che è perdurato. Ha introdotto una terapia con Olfen che ha portato a beneficio. Non è indicato un trattamento invasivo o chirurgico ma la cura deve essere mantenuta conservativa o con l'aiuto di infiltrazioni. Al momento l'ortopedico non ha previsto un controllo. 15.01.2021 Controllo post-infiltrativo, proposta di iniziare un ciclo di fisioterapia. 19.11.2020 RM lombare: Data esame: 19.11.2020. Allineamento: mantenuto. Discopatia: L3-4 con lesione anulus fibrosus. Osteocondrosi: no. Stenosi centrale: no. Conflitto radicolare: ernia paramedianalaterale destra L5-S1. Spondilartrosi: no. Non deficit neurologici. 07.10.2020 Il paziente presenta un dolore paralombare e irradiante nella gamba destra in corrispondenza di dermatomi a L3 e L4. La descrizione potrebbe essere in linea con la stenosi L3-4, anche se non descrive sintomi da claudicatio spinale. Ho richiesto una nuova RM e informerò il paziente su un possibile trattamento infiltrativo, probabilmente epidurale. RM lombare: Data esame: 05.12.2019. Allineamento: mantenuto. Discopatia: L3-4 con ernia paramediana sinistra e L5-S1. Osteocondrosi: L5 limitante inferiore, livello/grado (Medio): II. Stenosi centrale: L3-4. Grado (Schizas): C. Conflitto radicolare: stenosi recessuale L3-4 sinistra. Spondilartrosi: no. Valutazione: Il referto della risonanza magnetica con data 05.12.2019 è stato valutato da parte del perito Dr. _____, reumatologo in data 17.03.2020. Nessuno dei referti delle visite effettuate porta dei nuovi dati clinici. Il RAF del 27.04.2020 rimane invariato.” (doc. XII/1) Anche tale presa di posizione appare convincente e il ricorrente non adduce motivi che potrebbero permettere di dipartirsi da tali

conclusioni. In questa sede egli ribadisce in effetti la contestazione della valutazione medica operata, esprimendo tuttavia in definitiva un dissenso puramente soggettivo, sostenendo che gli dovrebbe essere riconosciuta un'inabilità lavorativa maggiore, ma non apporta elementi sufficienti e atti a corroborare le sue allegazioni o a quantomeno mettere in dubbio le conclusioni dell'Ufficio AI. Non produce in particolare alcun nuovo documento o presa di posizione dei medici curanti in merito alle approfondite valutazioni e conclusioni espresse dal _____ nelle sue prese di posizione, e non adduce elementi nuovi che permettano di considerare quantomeno ipotizzabile una modifica della situazione rispetto alla valutazione del _____ e del SMR intervenuta entro la decisione contestata del 13 novembre 2020 (la quale, come detto, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1) o un diverso apprezzamento della capacità lavorativa. Contrariamente a quanto vorrebbe addurre il ricorrente non permette di concludere diversamente il fatto che mentre in occasione della valutazione del SMR del 3 dicembre 2018 egli era stato considerato inabile completamente dal 22 novembre 2017 nell'attività abituale e nella misura del 50% dal 3 dicembre 2018 in un'attività leggera adeguata, il _____, nella valutazione del 22 aprile 2020, aveva concluso che dal febbraio 2019 l'assicurato andava considerato abile nella misura del 70% nelle attività precedentemente svolte e dell'80% in attività adeguate. Ora, a prescindere dal fatto che la valutazione del _____ è stata eseguita un anno e mezzo dopo quella del SMR e tiene conto quindi dell'evoluzione favorevole intervenuta e delle terapie intraprese nel frattempo, nella forma di fisioterapia e infiltrazioni, la conclusione di abilità lavorativa dell'80% in attività adeguate è pure stata sostanzialmente confermata anche dal dr. _____ nella già citata perizia del 19 maggio 2020 (e quindi in epoca prossima a quella di esecuzione della perizia _____), nella quale egli ha addirittura concluso per un'abilità del 100% (doc. AI pag. 413). Decisivo appare inoltre il fatto che le conclusioni del _____, che hanno in ogni modo, per quanto riguarda il periodo precedente il febbraio 2019, confermato la validità di quelle del SMR del 3 dicembre 2018 (doc. AI pag. 258), sono pure state avallate, dopo attenta e completa valutazione, anche dal medesimo dr. Cortesi del SMR nel rapporto del 27 aprile 2020, completato il 22 giugno 2020 (doc. AI pag. 250, 258). E questo senza considerare che il _____ ha eseguito la sua valutazione sulla base di un approfondito esame delle condizioni dell'assicurato che si è avvalso della competente valutazione di quattro specialisti nelle varie discipline interessate e ha quindi proceduto ad una valutazione consensuale tra gli stessi prima di formulare le conclusioni peritali che hanno tenuto conto della globalità delle affezioni di cui l'assicurato è portatore (doc. AI pag. 180). Alla luce di quanto precede e del fatto che l'assicurato non ha fornito elementi che permettano di farla apparire in qualche modo incompleta o errata, questo Tribunale deve aderire senza riserve alla perizia del _____. Ribadite altresì le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.7; sia pure evidenziato che il TF, nella STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, ha rilevato che "(...) il fatto che il medico curante la segua da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di

fiducia che lo unisce a quest'ultimo. (...)” (STF 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017, consid. 4.2)) le certificazioni del dr. _____, del dr. _____ e del dr. _____ non consentono di dipartirsi dalle conclusioni del _____ e del SMR che si sono espressi in modo coerente e privo di contraddizioni. All’assicurato va del resto ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare - ove ciò fosse ragionevolmente esigibile - le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Così stanti le cose, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino alla resa del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti (valutazione anticipata delle prove, fra le tante cf r. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti; anche DTF 135 V 465). La domanda di effettuare nuovi accertamenti, nella forma di una perizia giudiziaria, non può quindi venir accolta. Pertanto, visto quanto sopra, ritenuta la perizia multidisciplinare del _____ del 22 aprile 2020 - la quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6) e alla quale va quindi attribuita piena forza probante -, e il complemento del 17 febbraio 2021 e in particolare gli affidabili pareri del medico SMR (cfr. in particolare il rapporto finale del 27 aprile 2020; sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. STF I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.6) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto prima della decisione contestata del 13 novembre 2020 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l’assicurato, ammessa un’inabilità lavorativa completa in ogni attività dal 17 maggio 2017 (primo infortunio), nulla dal 16 ottobre 2017, nuovamente totale dal 22 novembre 2017 (secondo infortunio), dal 20 febbraio 2019 vada considerato nuovamente abile al 70% nell’attività abituale e all’80% in un’attività leggera adeguata, per la quale egli era pure abile in misura del 50% dal 3 dicembre 2018 al 9 febbraio 2019. Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata vanno quindi confermate. Sia peraltro in questa sede richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572) . In proposito questo Tribunale non può fare a meno di ricordare che il _____, sulla base del consulto reumatologico, ha osservato che, stante un’obesità con BMI 41 kg/m2, “ una riduzione del peso corporeo potrebbe portare a un miglioramento delle condizioni fisiche in generale e anche ad un miglioramento del quadro internistico ” (doc. AI pag. 179). La necessità di procedere, unitamente ad un’adeguata fisioterapia, ad una sensibile riduzione del peso al fine di migliorare il quadro algico alle ginocchia è pure stata sottolineata dal dr. _____, ortopedico della clinica _____, nella certificazione del 25 giugno 2019

“ im Vordergrund steht jedoch eine deutliche Gewichtsreduktion, sodass die Belastung auf das mediale und laterale Kompartiment des Kniegelenks deutlich reduziert werden kann” (doc. AI pag. 399). 2.8. Per quel che concerne l’aspetto economico, per determinare il grado di invalidità l’Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi, mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.2), procedendo al relativo calcolo per quanto riguarda innanzitutto il mese di dicembre 2018 (scadenza dell’anno di attesa), momento in cui l’assicurato risultava abile al lavoro nella misura del 50% in attività leggere ed adeguate, e quindi relativamente al febbraio 2019, momento a partire dal quale l’abilità lavorativa in attività adeguate è aumentata all’80% (cfr. consid. 2.5). Il calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.8.1. Secondo la giurisprudenza, riassunta nella STF 9_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all’inizio dell’eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev’essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull’ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all’evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall’ISS (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). L’Alta Corte ha stabilito che in difetto di indicazioni economiche concrete, sono esclusivamente applicabili i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell’inchiesta sulla struttura dei salari edita dall’Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Nel caso in esame, per quanto riguarda il reddito da valido l’amministrazione, in occasione della prima definizione avvenuta contestualmente alla resa del primo progetto di decisione del 26 marzo 2019 (poi annullato e sostituito dal successivo progetto del 23 giugno 2020; doc. AI pag. 34), si è basata sulla valutazione del consulente professionale del 6 dicembre 2018. Dalla stessa emerge che l’assicurato nel corso degli anni aveva svolto numerose attività lavorative, da ultimo quale aiuto cuoco e operaio agricolo presso una pollicoltura con un pensum al 50%. Per la definizione del salario da valido l’amministrazione si è quindi riferita al Conto Individuale dell’assicurato e si è quindi basata sul salario più elevato da lui conseguito, ossia quello registrato nel 2013 pari a fr. 52’000. Ha quindi aggiornato tale dato al 2016 e al 2018 ottenendo salari di fr. 52’952 rispettivamente fr. 53’420 (doc. AI pag. 81, 82 e 242). Contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente tale dato appare corretto, poiché non sono emersi né stati resi verosimili elementi per considerare la presenza di un gap salariale. Del resto, non si può non osservare che anche volendo considerare, per ipotesi, quale reddito da valido un valore statistico desunto dalla tabella RSS TA 1, il risultato non sarebbe più favorevole per il ricorrente. In effetti, considerando come l’assicurato ha eseguito molteplici diverse attività lavorative e da ultimo a tempo pieno è stato attivo come aiuto cuoco (cfr. doc. AI pag. 83), il valore statistico desunto dalla tabella RSS TA 1 per quanto concerne la categoria 55-56 (ristorazione), e, quindi, un salario per attività semplici e ripetitive, settore maschile, anno 2016, riportato su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. STF I 203/03 del 21 luglio 2003), nel settore privato, corrisponde ad un salario lordo medio ipotetico nazionale di fr. 49’935.-, inclusa la tredicesima (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999), che aggiornato al 2017 conduce ad un importo di fr. 50’134 e

al 2018 di fr. 50'376. Ora, tale dato risulta persino inferiore al dato ammesso dall'amministrazione utilizzando l'importo più favorevole per l'assicurato dedotto dal suo conto individuale, che va quindi confermato. Tale reddito da valido non differendo considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, e non essendo di conseguenza considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 non può giustificare il richiamato parallelismo dei redditi di paragone e questo a prescindere dall'esame delle ulteriori condizioni che ancora andrebbero esaminate, segnatamente quella per cui l'assicurato non deve essersi spontaneamente accontentato di percepire un reddito considerevolmente inferiore alla media senza (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5; cfr. ancora al consid. 2.7.2). 2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TF ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Inoltre, se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. STF 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322

consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Deve essere ancora precisato che l'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera 2012, emanata dall'Ufficio federale di statistica di Berna nell'ottobre 2014), più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08, RSS 2012 pag. 35; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso (cfr., in proposito, DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174), e relativa a personale maschile in una professione semplice che presuppone qualifiche inferiori e comporta attività semplici e ripetitive (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.). In concreto, applicando i dati statistici emerge che il salario lordo mediamente percepito nel 2017 dagli uomini per un'attività semplice e ripetitiva, riportato su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2017 (cfr. i precitati riferimenti, ad esempio STF I 203/03 del 21 luglio 2003 e la citata tabella B9.2), nel settore privato, corrisponde ad un salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido di fr. 67'070.-, inclusa la tredicesima (STF U 274/98 del 18 febbraio 1999). Aggiornato al 2018 tale importo ammonta a fr. 67'393.- (doc. AI pag. 246). Tali dati, fermo restando la corretta applicazione dei dati salariali statistici dichiarati applicabili dal Tribunale federale, vanno confermati. In applicazione della dianzi ricordata giurisprudenza, l'UAI ha quindi applicato una riduzione del 5%, segnatamente per il fattore "attività leggere". Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71 con la quale la massima Corte ha precisato che in quest'ambito il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivi pertinenti, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione; cfr. anche DTF 132 V 393 consid. 3.3), questa Corte ritiene che l'amministrazione non abbia abusato del proprio potere di apprezzamento. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'UAI abbia debitamente tenuto conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetto l'assicurato, e non può di conseguenza ammettere un'a decurtazione maggiore. La deduzione ammessa tiene in effetti adeguatamente conto del fatto che le limitazioni fisiche da osservare non sono oltremodo gravose. Questo Tribunale ritiene quindi di non doversi scostare dalla valutazione dell'amministrazione, l'assicurato non avendo addotto motivi pertinenti che gli permettano di sostituire il suo apprezzamento o altre circostanze personali che potrebbero giustificare una decurtazione maggiore sul reddito statistico (DTF 137 V 73 consid. 5.2, 126 V 80 consid. 5b). Del resto, come meglio s'illustrerà al consid. 2.8.3, anche volendo - per pura ipotesi di lavoro - ammettere, come postulato dal ricorrente e come era stato effettuato in occasione del primo progetto di decisione del 26 marzo 2019 (doc. AI pag. 98), una riduzione del 15% (7% per attività leggera e 8% per contingenze particolari; cfr. ricorso, doc. I pag. 9), il risultato non cambierebbe. 2.8.3. Visto quanto precede, l'amministrazione ha fissato il reddito da invalido per il primo periodo di inabilità lavorativa, ossia nel 2018 dopo l'anno di attesa, stante un'inabilità lavorativa in attività adeguate del 50%, in fr. 32'012.-- [67'393 – 50% di inabilità lavorativa e - 5% = 32'012]. Sulla base di questo dato, ha quindi determinato il grado di invalidità r affrontando il

reddito da valido di fr. 53'420 (cfr. consid. 2.8.1) con quello da invalido, ottenendo un grado d'invalidità (pensionabile) del 40% ($53'420 - 32'012 \times 100 : 53'420$). Nell'ipotesi in cui si volesse tener conto di una riduzione del 15%, come richiesto dal ricorrente, e quindi raffrontare il reddito da valido di fr. 53'420 con uno da invalido di fr. 28'642 ($67'393 - 50\%$ di inabilità lavorativa e $- 15\% = 28'642$), si otterrebbe un tasso d'invalidità del 46% che pure conferirebbe il diritto ad un quarto di rendita. Per quanto riguarda invece i periodi d'inabilità del 20% (dal 20 febbraio 2019 in poi), il reddito da invalido va fissato in fr. 51'219 [$67'393 - 20\%$ di inabilità lavorativa e $- 5\%$]. Sulla base di questo dato, l'amministrazione ha determinato il grado di invalidità r affrontando il reddito da valido di fr. 53'420 (cfr. consid. 2.8.1) con quello da invalido, ottenendo un grado d'invalidità del 4% ($53'420 - 51'219 \times 100 : 53'420$). Anche in questo caso, nell'ipotesi in cui si volesse tener conto di un'ulteriore riduzione del 10% (deducendo il 15% da fr. 53'914 e ottenendo un reddito da invalido di fr. 45'827), il grado di invalidità sarebbe del 14% ($53'420 - 45'827 \times 100 : 53'420$), che pure non darebbe diritto ad alcuna prestazione. I gradi di invalidità della decisione vanno quindi confermati.

2.9. Considerati quindi gli accertati gradi di inabilità lavorativa in attività adeguate del 100% dal 17 maggio 2017 al 15 ottobre 2017 e nuovamente dal 22 novembre 2017 al 2 dicembre 2018, del 50% dal 3 dicembre 2018, con un conseguente grado di invalidità del 40% e del 4% per il periodo successivo al febbraio 2019 (cfr. al consid. 2.8.3), a ragione la decisione contestata ha attribuito una rendita intera dal 1. novembre 2018 (alla scadenza dell'anno di attesa giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), un quarto di rendita dal 1. aprile 2019 (ossia tre mesi dall'accertato miglioramento dal 3 dicembre 2018) sino al 31 maggio 2019 (ossia tre mesi dopo l'ulteriore miglioramento situabile al febbraio 2019 con un conseguente grado di invalidità insufficiente per il riconoscimento di prestazioni).

2.10. Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore sino al 31 dicembre 2020 ed applicabile in concreto (cfr. la Disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa), 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.- sono poste a carico del ricorrente.

2.11. L'assicurato nel suo gravame ha formulato istanza d'assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. art. 61 lett. f LPGa, art. 28 cpv. 2 Lptca; DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie non è 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, nel caso in esame, sulla base degli atti all'inserto le prospettive di esito favorevole apparivano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, dal tenore della decisione apparivano chiari i motivi per i quali l'amministrazione ha concesso la rendita solo per un periodo limitato e nel suo ricorso l'assicurato non ha in sostanza fatto altro che rimandare alla documentazione medica prodotta in fase di osservazioni al progetto di decisione e già accuratamente valutata dal SMR nel rapporto del 2 settembre 2020, e in sostanza ribadire quanto già fatto valere nel corso della procedura amministrativa. Tali argomentazioni, così come del resto la scarsa documentazione medica prodotta in fase ricorsuale, segnatamente il certificato del dr. _____ del 11 dicembre 2020, non erano manifestamente idonee, come dianzi esposto, a mettere in dubbio la valutazione medica operata dal _____ e dal SMR e posta a fondamento del provvedimento contestato. Pure inconferenti sono risultate, per quanto detto, le allegazioni ricorsuali riferite al calcolo del grado di invalidità. In simili condizioni, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va respinta. Sia detto pure a titolo abbondanziale che anche l'adempimento del requisito, cumulativamente richiesto per la concessione dell'assistenza giudiziaria, che l'assicurato si trovi in uno stato di bisogno (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti), non è stato in concreto sufficientemente documentato. Il ricorrente si è in effetti limitato ad addurre di non avere alcuna entrata, la moglie avendo dovuto chiudere la propria attività lavorativa, e la _____ avendo sospeso da ottobre 2020 il versamento delle indennità giornaliere (peraltro con una decisione definita "non definitiva") ed essendo di conseguenza stata presentata domanda di assistenza. Tali allegazioni sono tuttavia rimaste allo stadio della semplice affermazione e non sono state comprovate da alcun documento. In queste condizioni nemmeno si potrebbe concludere che il ricorrente ha comprovato l'indigenza processuale, osservato come l'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo. Non apparendo quindi adempiuti i requisiti per la concessione dell'assistenza giudiziaria cumulativamente posti da legge e giurisprudenza, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria va respinta.

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