

TI_GERICHTE 32.2021.28 vom 8. Februar 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-02-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.28

FR: TI_GERICHTE 32.2021.28 du 8 février 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.28 del 8 febbraio 2021

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. Viste le risultanze mediche (confermata la perizia del SAM con complemento) e quelle economiche (grado d'invalidità nullo) a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni

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). Al riguardo nella DTF 140 V 2 l'Alta Corte ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. 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). 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). Va ancora rilevato che nella STF 8C_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF ha stabilito che "(...) se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). (...)" (regesto della DTF 141 V 9).

2.4. Nella fattispecie in esame l'Ufficio AI – entrato nel merito della nuova domanda del marzo 2019 e vista la richiesta di perizia 3 ottobre 2019 dei medici SMR dr. _____ e dr. _____ (doc. AI 229/967-968) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del _____ (cfr. consid. 1.3). Dalla perizia pluridisciplinare del _____ del 24 agosto 2020 (doc. AI 263/1030-1156), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura neurologica (dr. _____), psichiatrica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____). Posta la "Situazione iniziale e aspetti

formali” (doc. AI 263/1030-1032), elencati gli atti (doc. AI 263/1033-1054), descritti l’anamnesi (famigliare, personale - sociale, professionale, patologica e sistemica; i disturbi soggettivi con le affezioni attuali e la descrizione della giornata) (doc. AI 263/1054-1067) e le constatazioni obiettive (doc. AI 263/1067-1069), i periti non hanno ritenuto alcuna diagnosi internistica con influenza sulla capacità lavorativa e hanno esposto la “Valutazione medica e medico-assicurativa”, l’ “Elenco dei quesiti peritali e relative risposte” e gli “Allegati” (doc. AI 263/1070-1076). Nella “Struttura della valutazione consensuale per perizie pluridisciplinari” (doc. AI 263/1078-1091) – premesso che “(...) le conclusioni peritali si fondano su un’esauriente discussione tra i medici periti del _____ . (...)” (doc. AI 263/1078) – , i periti del _____ hanno esposto l’iter che ha portato l’amministrazione a ordinare la presente perizia pluridisciplinare, hanno confermato le valutazioni specialistiche di natura neurologica, psichiatrica, reumatologica e internistica (cfr. doc. AI 263/1078-1085) e posto le seguenti diagnosi: " (...) B Diagnosi rilevanti con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa B.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa. Fibromialgia/sindrome da dolore cronico non specifica/sindrome somatoforme - inizio del dolore diffuso nel 1996, - criteri ACR 2010 per fibromialgia attualmente riempiti, - 18/18 tender points. Rottura totale del sovraspinato alla spalla ds. (sonografia del 13.7.2020). Stato dopo ricostruzione del sovraspinato alla spalla sin., decompressione sottoacromiale e tenodesi del capolungo del bicipite 18.5.2016 (Dr. med. _____). Calcaneodinia cronica bilaterale - nota tendinopatia calcificata del tendine d'Achille e fascite plantare cronica, - diversi trattamenti con onde d'urto con scollamenti cutanei (senza rilevanza clinica). Sindrome lombospondilogenica cronica - note alterazioni degenerative aspecifiche, - lieve sindrome radicolare S1 a ds. su ernia discale L5-S1 paramediana a ds. (MRI del 3.6.2020), - in cura con infiltrazioni presso il centro del dolore dell'Ospedale _____ di _____. B.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Deficit personalologico di tipo impulsivo (ben controllato farmacologicamente). Sindrome del tunnel carpale bilaterale di entità già netta a sin., almeno moderata a ds. Dolori al cingolo scapolare non spiegati da patologia neurologica. Sindrome lombovertebrale cronica con: - lieve sindrome radicolare algica S1 a ds. su ernia discale L5-S1 paramediana a ds. (MRI del 3.6.2020). (...)" (doc. AI 263/1085-1086). Ai punti da C a M i periti hanno formulato le seguenti conclusioni: " (...) C Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi L'A. è limitato in particolare a causa della patologia alla spalla ds. Deve evitare movimenti ripetitivi o di forza particolarmente attorno e sopra l'altezza delle spalle stesse; per lavori leggeri non ripetitivi non vi sono limitazioni rilevanti. Può sollevare e portare pesi di rado sino all'altezza dei fianchi anche sopra i 25 kg, mai sopra l'altezza del petto. Nel maneggio di attrezzi talvolta può svolgere un lavoro medio, di rado pesante. Non può mai svolgere attività sopra l'altezza del capo (facciamo riferimento alle risorse fisiche descritte dal nostro consulente in reumatologia). D Discussioni di aspetti della personalità eventualmente rilevanti L'A. presenta dei tratti di personalità emotiva che lo portano ad agire impulsivamente. Ha beneficiato di un aiuto terapeutico che ha permesso all'A. di meglio controllarsi e di padroneggiare le situazioni. E Discussione di fattori di stress e risorse L'A. presenta un'ipersensibilità emotiva che lo rende particolarmente suscettibile e lo porta, come emerge chiaramente ai test psicologici, ad esagerare la propria sintomatologia. Come fattori di stress abbiamo la situazione economica e famigliare. F Verifica della coerenza L'A. presenta un'amplificazione dei sintomi. G Capacità lavorativa nell'attività svolta finora Nell'attività di commerciante di automobili l'A. presenta una capacità lavorativa dell'80%. Si tratta di un'attività da svolgere durante tutto il

giorno ma con rendimento ridotto del 20%. H Capacità lavorativa in un'attività adeguata In un'attività rispettosa dei limiti funzionali (risorse fisiche) descritti nei nostri precedenti punti (per esempio al punto C) l'A. presenta una capacità lavorativa dell'80% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto). Deve trattarsi di un'attività che eviti lavori pesanti a mediamente pesanti, lavori ripetitivi e di forza con la spalla ds., lavori sopra l'altezza delle spalle ripetitivi. Invece in un'attività mediamente pesante la capacità lavorativa è del 40% ed in un'attività pesante l'A. presenta una capacità lavorativa del 20% (si tratta sempre di 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) La capacità lavorativa dell'A. è limitata dalla patologia reumatologica. Vi è stato un miglioramento della patologia a livello psichiatrico (nessuna limitazione della capacità lavorativa). I.1 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo nell'attività svolta L'A. presenta una capacità lavorativa dell'80% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come commerciante di automobili dall'aprile 2019 (nuova richiesta di prestazioni AI per adulti) e continua. I.2 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo in un'attività adeguata In un'attività rispettosa dei limiti funzionali (risorse fisiche) descritte precedentemente, l'A. presenta una capacità lavorativa dell'80% dall'aprile 2019 (nuova richiesta di prestazioni AI per adulti) e continua. L Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussioni sulla capacità lavorativa È importante che l'A. continui la presa a carico psichiatrica e psicologica in atto. Sarà da discutere un intervento alla spalla ds. e per la sindrome del tunnel carpale. Per l'intervento alla spalla ds. è da prevedere un'incapacità lavorativa del 100% durante 5 mesi e per l'intervento del tunnel carpale di ca. 1 mese. Questi interventi non permetteranno di migliorare la capacità lavorativa dell'A. Dal punto di vista internistico è importante che l'A. continui la terapia anti-ipertensiva. Si consiglia una presa a carico dell'obesità, dislipidemia ed iperglicemia (modifica dello stile di vita, misure dietetiche ed eventualmente farmacologiche). M Risposte a domande particolari Non ce ne sono. Facciamo notare che vi è stato un miglioramento a livello psichico rispetto alla perizia del novembre 2015. In un'attività mediamente pesante l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 40% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) ed in un'attività pesante del 20% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) dall'aprile 2019 e continua. Informazioni sull'elaborazione della valutazione consensuale con firma Come sopra riportato, la valutazione consensuale è avvenuta senza necessità di teleconferenza. (...)" (doc. AI 263/1086-1088; le sottolineature sono del redattore) Il medico SMR dr. _____, nel rapporto finale 8 settembre 2020 (doc. AI 264/1157-1161), si è allineato alle conclusioni a cui sono giunti i periti del _____ e ha confermato la seguente incapacità lavorativa con prognosi stazionaria: "(...) ATTIVITÀ ABITUALE (riferita come attività al 100%) Medio, leggera 40% dal 7.2012 100% dal 15.5.2016 (op. spalla sin) 40% dal 4.2019 (richiesta AI) ATTIVITÀ ADEGUATA (riferita come attività al 100%) Adeguata e leggera 40% dal 7.2012 100% dal 15.5.2016 (op. spalla sin) 20% dal 4.2019 (richiesta AI) (...)" (doc. AI 264/559). Le osservazioni dell'assicurato del 26 settembre, completate l'8 novembre 2020, e la relativa documentazione medica prodotta in quell'ambito – il rapporto 22 ottobre 2020 della dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, sub doc. AI 276/1190-1195; i rapporti 16 novembre e 25 maggio 2020 del medico curante dr. _____, FMH in medicina interna, sub doc. AI 287/1212-1214; i referti radiologici del 2 novembre 2020 della dr.ssa _____, FMH in radiologia, sub doc. AI 283/1204-1205; i rapporti 5 e 19 giugno, 30

ottobre, 10 novembre e 18 dicembre 2020 del dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica e traumatologica, sub doc. AI 287/1215-1220 e 292/1233-1234; il rapporto 9 giugno 2020 del dr. _____, Spec. Ortopedia e Traumatologia, sub doc. 287/1223; il rapporto 15 giugno 2020 del dr. _____, caposervizio dell'ambulatorio terapia del dolore e agopuntura dell'Ospedale _____, sub doc. 287/1224 e il rapporto 14 dicembre 2010 del dr. _____, FMH in neurologia, sub doc. AI 292/1235-1239 - , sono stati sottoposti al _____ (cfr. consid. 1.3) che, nel complemento del 3 febbraio 2021 (doc. AI 293/1240-1262), descritti i succitati ulteriori atti medici messi a disposizione (doc. AI 293/1241-1243), hanno ripreso le prese di posizione dei propri consulenti del seguente tenore: " (...) A livello psichiatrico riportiamo le risposte del Dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, del 25.11.2020 e dell'1.12.2020: " ho preso visione della documentazione acclusa alla lettera inviata in data 18.11.2020 e in modo particolare del rapporto medico del 22.10.2020 redatto dalla collega psichiatra Dr.ssa _____ di _____. Per quanto attiene alla parte strettamente psichiatrica rilevo che la psichiatra curante segnala a proposito dei test psicologici che l'A. non essendo di madre lingua italiana non avrebbe avuto la possibilità di comprenderne appieno il contenuto mentre da parte mia ho potuto appurare nel corso delle due visite peritali che egli ha dimostrato di possedere una buona padronanza del mezzo linguistico come da me sottolineato al punto 4.2. Per quanto riguarda i risultati dei test effettuati dallo psicologo Corradi sono emersi in maniera chiara ed inequivocabile degli indicatori sia nel senso di una esagerazione nel riportare la portata della propria sintomatologia sia nel senso di una raggiunta capacità da parte dell'A. di contenimento delle cariche emotive e degli agiti impulsivi come palese esito della riuscita dei provvedimenti terapeutici messi in atto a livello specialistico. Da un punto di vista diagnostico la Dr.ssa _____ dichiara che non ho tenuto conto della "seria problematica della personalità" di cui ella ritiene che l'A. risulti affetto mentre da parte mia ho rilevato nell'A. un deficit personologico di tipo impulsivo che grazie ai provvedimenti terapeutici messi in atto dalla collega hanno permesso di contenere la rilevanza clinica. Il rilievo posto dalla collega a proposito della farmacoterapia in atto ("la farmacoterapia attualmente necessaria testimonia che l'A. soffre di una condizione depressiva rilevante") non mi sembra possa bastare a validare la tesi sostenuta dimostrando piuttosto che la terapia psicofarmacologica adottata continui ad esercitare la sua funzione per il contenimento delle cariche emotive. Non mi sembra corretto che la Dr.ssa _____ possa sostenere che non ho rilevato nel mio rapporto la sofferenza e il discontrollo emozionale dell'A. in quanto l'ho invece indentificato chiaramente nella diagnosi posta denominandolo come deficit personologico di tipo impulsivo. Per quanto attiene al "tema del disturbo della personalità" che come dice la Dr.ssa _____ è stato oggetto di una approfondita supervisione di esperti nel mese di dicembre dell'anno scorso non mi permetto certo di invalidarne il valore di prova e rilevo invece che esso va sostanzialmente a confermare quanto da me riportato nella diagnosi e ripreso nella valutazione del caso. Questo a mio modo di vedere dimostra come la terapia psicofarmacologica messa in atto a base di tranquillanti e stabilizzatori dell'umore sia stata posta in essere per limitare la portata del deficit personologico di tipo impulsivo che gli esperti a cui fa riferimento la Dr.ssa _____ hanno denominato, dicendo sostanzialmente la stessa cosa, "stato limite rispetto alla classificazione di Bergeret per gli aspetti di impulsività, discontrollo e rabbia agita". La questione sollevata poi dalla Dr.ssa _____ in merito al "tema del dolore e suo influsso sullo stato psicologico" di cui non avrei tenuto conto per l'impatto che la sintomatologia dolorosa eserciterebbe sullo stato psichico mi pare non sostenibile specie alla luce dei test psicologici effettuati che

hanno evidenziato nell'A. una chiara tendenza a sovrastimare la portata dei suoi disturbi, aspetto di cui l'A. probabilmente non si rende conto in quanto identificato con la sua sofferenza. Rispetto infine al rilievo postomi dalla Dr. ssa _____ al non avere tenuto in sufficiente conto della tematica del divorzio faccio notare che l'A. mi ha riferito di essersi separato a causa di dissapori dalla moglie senza avere proceduto ad iniziare le pratiche di divorzio e senza anettere a questo fatto delle particolari sofferenze o perlomeno sentendole di molto alleviate grazie all'affetto dei suoi due figli che sono sempre stati vicini e solidali nei suoi confronti. Tenuto conto di queste repliche a quanto sostenuto a sfavore della mia valutazione specialistica da parte della Dr.ssa _____ ritengo di poter confermare integralmente quanto da me riportato nella valutazione effettuata nell'ambito della perizia _____. [...] "ho preso visione della documentazione medica acclusa alla lettera inviata in data 18.11.2020 e in modo particolare del rapporto medico del 16.11.2020 redatto dal Dr. _____ e dei rapporti medici del 19.06.2020 e del 10.11.2020 redatti dal Dr. _____. L'esame di questi rapporti non cambia quanto da me riportato nella valutazione specialistica effettuata nell'ambito della perizia _____. " A livello neurologico riportiamo le risposte del Dr. med. _____, specialista in neurologia, del 20.11.2020, 16.12.2020 e 5.1.2021: "In riferimento alla pratica di questo Assicurato ho preso atto della documentazione ulteriormente pervenuta. Ricordo che in occasione della valutazione neurologica del 20 maggio 2020 giungevo alle diagnosi di: sindrome del tunnel carpale bilaterale di entità già netta a sinistra, almeno moderata a destra; dolori al cingolo scapolare non spiegati da patologia neurologica e sindrome lombovertebrale cronica con lieve sindrome radicolare algica S1 a destra su ernia discale L5/S1 paramediana a destra (RM del giugno 2020). I reperti clinici erano molto discreti con solo una diminuzione del riflesso achilleo destro, senza deficit motori (ricordo anche l'elettromiografia normale alla gamba destra senza segni di denervazione sui territori L5 ed S1). Abbiamo ora una RM cervicale del 02.11.2020 che ha mostrato alterazioni degenerative discali C3/4 e C4/5, con stenosi pre-foraminale a sinistra: questo reperto non determina lesioni neurologiche, il deficit sensitivo alle mani era spiegato dalla sindrome del tunnel carpale, che avevo potuto documentare all'esame elettroencefalografico. Abbiamo anche due valutazioni del Dr. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, datate 30.10.2020 e 10.11.2020. Riporta le diagnosi di sindrome radicolare S1 (+L5) a destra su ernia discale preforaminale a destra, borsite trocanterica a destra, cervicalgia, sindrome miofasciale dei muscoli trapezi bilateralmente. Descrive il reperto clinico con "minimo deficit dei muscoli flessori ed estensori dell'alluce valgo (sic) 4+/5, a livello degli arti superiori descrive iposensibilità alle dita della mano sinistra. Il Dr. _____ chiede una rivalutazione neurologica per quel che riguarda l'ipotesi di iposensibilità alla mano sinistra: evidentemente non è a conoscenza dell'esame elettroencefalografico del maggio 2020 che aveva chiaramente documentato un reperto indicativo di una sindrome del tunnel carpale particolarmente netta a sinistra e che ben spiega i disturbi del paziente. Entrambi i documenti non riportano dunque nuovi elementi rispetto a quanto era già stato constatato in occasione della valutazione neurologica del maggio 2020 né vi sono ulteriori elementi anche anamnestici che facciano sospettare un peggioramento. Abbiamo inoltre le lettere dell'A. stesso datate 26.09.2020 che non contengono comunque nuovi elementi clinici. Complessivamente dunque anche sulla base della nuova documentazione penso di poter confermare la mia valutazione del 20 maggio 2020." "In riferimento alla pratica di questo Assicurato ho preso atto della ulteriore documentazione pervenuta. Abbiamo in particolare un rapporto del Dott. _____ del 10.11.2020, che era già stato però preso in considerazione in occasione

della precedente presa di posizione del 20.11.2020. Questo rapporto riprende inoltre in pratica quanto già descritto in un altro documento del Dott. _____ del 19.08.2020 (o 19.06.2020, data non ben leggibile) aggiungendo alcuni elementi concernenti i dolori cervicali senza riportare comunque deficit di nuova insorgenza alle braccia. Ricordo che il disturbo di sensibilità alle mani era stato preso in considerazione anche in occasione della mia valutazione del maggio 2020 e riferito ad una sindrome del tunnel carpale bilaterale. Infine il dott. _____ riferisce che verrà prevista anche una valutazione neurologica dal Dott. _____, che non è però ancora a disposizione. Questi nuovi documenti non contengono dunque nuovi elementi rispetto a quanto già discusso nelle precedenti valutazioni. Posso così nuovamente confermare la mia valutazione del 20 maggio 2020." "in riferimento alla pratica di questo Assicurato ho preso atto della documentazione ulteriormente pervenuta. In particolare si tratta di un rapporto del dott. _____, specialista FMH Chirurgia Ortopedica, del 18.12. 2020 dove si riprendono le diagnosi già citate nei precedenti rapporti (in particolare nel rapporto del 10.11.2020), che erano già stati discussi in occasione delle precedenti prese di posizione. All'esame clinico descrive una ipoestesia posteriore laterale alla gamba destra, con una forza leggermente diminuita dell'estensore dell'alluce senza altri deficit. Ha eseguito una infiltrazione con Kenacort e Rapidocaina a livello del grande trocantere e prevede una valutazione da parte del Dott. _____ del _____. Abbiamo anche la valutazione neurologica del Dott. _____, specialista FMH Neurologia, del 14.12.2020. Il Dott. _____ descrive l'esame neurologico: riferisce che la forza muscolare non è valutabile a causa di cedimenti istantanei, i riflessi osteotendinei sono tutti ben evocabili e simmetrici, sia agli arti superiori che inferiori, il Lasègue è negativo bilateralmente, la sensibilità superficiale non è valutabile a causa di ipoestesie diffuse a macchia, senza distribuzione dermatogena, il paziente riferisce apallestesia ai quattro arti ed anche un deficit della sensibilità di posizione agli arti inferiori. Descrive oscillazioni al test di Romberg che migliorano con manovre di distrazione e la deambulazione spontanea è nella norma, mentre in fase di esame è con piccoli passi e rallentata, il paziente non riuscirebbe a camminare sulla punta dei piedi a causa dei dolori ai polpacci. Il dott. _____ ha eseguito un esame elettroencefalografico che ha mostrato un reperto indicativo di una sindrome del tunnel carpale bilaterale, mentre l'esame elettromiografico nei muscoli deltoide sinistro, estensore lungo dell'alluce destro, gemello laterale destro e gemello mediale sinistro è risultato normale. Nella valutazione il Dott. _____ riferisce che ha constatato una sindrome del tunnel carpale bilaterale più pronunciata a sinistra che spiega le disestesie alle mani e propone un approccio chirurgico: a questo proposito faccio notare che si tratta di un reperto constatato anche in occasione della valutazione neurologica del 20.05.2020 e che anche da parte mia avevo consigliato una valutazione chirurgica. D'altro canto una sindrome del tunnel carpale non comporta una incapacità lavorativa a lungo termine. Altrimenti il Dott. _____ riferisce che non trova "una apparente causa neurologica dei sintomi accusati dal paziente agli arti inferiori", sconsiglia interventi neurochirurgici a livello lombare L5/S1, non essendovi chiari dolori radicolari alle gambe, elettrofisiologicamente non ha potuto constatare una sofferenza neurogena sui territori L5 o S1 a destra e neppure S1 a sinistra. Da questo documento emergono sicuramente ulteriori elementi a conferma della discrepanza tra i sintomi soggettivi e i reperti oggettivi come già d'altronde era stato descritto nella mia valutazione del maggio 2020. Ricordo che allora la sensibilità posturale era normale ed anche la pallestesia ai piedi era risultata normale mentre ora all'esame del dott. _____ il paziente ha descritto una pallestesia abolita ed anche la sensibilità posturale era riferita

come anomala. Si tratta di reperti che, nel contesto clinico oggettivo e visti i reperti elettroencefalografici pure normali, non sono spiegabili dal punto di vista organico ma che a questo punto fanno piuttosto sospettare per una accentuazione dei sintomi da parte del paziente. Anche il Dott. _____ descrive che il paziente cammina normalmente ma che, al momento dell'esame, presenta invece una più netta incertezza alla marcia, elemento che anche da parte sua non è spiegabile dal punto di vista organico. Anche l'esame del Dott. _____ conferma dunque l'assenza di reperti neurologici maggiori che spieghino i disturbi del paziente agli arti inferiori, emergono ulteriori elementi discrepanti in favore di una componente funzionale dei sintomi mentre si conferma la diagnosi di sindrome del tunnel carpale bilaterale che necessita di un trattamento chirurgico. Anche questo nuovo documento dunque non contiene nuovi elementi rispetto a quanto da me già descritto in maggio 2020, conferma anzi l'assenza di deficit neurologici maggiori agli arti inferiori rispettivamente di una spiegazione neurologica di gran parte dei sintomi del paziente. Sulla base di tutte queste considerazioni ritengo di poter confermare anche questa volta la mia valutazione del maggio 2020." A livello reumatologico riportiamo le risposte del Dr. med. _____, specialista in reumatologia e medicina interna generale, del 20.11.2020, 1.12.2020 e 7.1.2021: " La ringrazio della sua lettera del 18.11.2020 con la quale riassume i nuovi atti dopo la perizia pluridisciplinare di quest'anno con il mio consulto di reumatologia del 13.07.2020. Riguardo i nuovi atti, la prima parte riguarda una problematica psichiatrica. La Dr.ssa _____ ritiene infatti che l'assicurato sia inabile al lavoro almeno nella misura del 80% solo per la patologia psichiatrica. Vi è poi un riassunto di referti radiologici con una RM della colonna cervicale (alterazioni degenerative aspecifiche). Nessuna influenza globale sulla capacità lavorativa reumatologica. Dal mio punto di vista non vi sono dunque cambiamenti rilevanti." "Confermo che i nuovi atti a disposizione non aggiungono nuove diagnosi definitive a quelle già prese in considerazione nella nostra valutazione peritale." "Ringrazio per l'invio dei nuovi atti. Nel rapporto del Dr. _____ del 14.12. 2020 si parla di sintomi ubiquitari (questo corrisponde alla nostra diagnosi di fibromialgia). Vi è tuttavia all'ENG una sindrome del tunnel carpale bilaterale che spiega le disestesie alle mani e sono a favore di un approccio chirurgico. Per quanto riguarda gli arti inferiori l'ENG è perfettamente normale e clinicamente non vi è sospetto di una sindrome radicolare. Nel secondo rapporto a disposizione del Dr. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, si parla di una sindrome radicolare S1 o L5 a destra su ernia discale preforaminale. All'Ospedale _____ è stata eseguita un'infiltrazione S1 a sinistra senza miglioramento. Si propone un'infiltrazione a livello del grande trocantere che viene eseguita. Da parte mia faccio notare la discordanza tra l'assenza di una sindrome radicolare in occasione della mia visita del 13.7.2020 e anche in occasione della visita del Dr. _____ del 14.12.2020 mentre per ragioni che non sono ricostruibili, nel rapporto del 18.12.2020 il Dr. _____ parla di una sindrome radicolare S1 a destra su ernia discale pre-foraminale. Questa discordanza è verosimilmente dovuta al fatto che l'assicurato presenta dolori e parestesie in tutto il corpo così che in alcuni casi parte di questi sintomi vengono di volta in volta inquadrati nell'una o l'altra sindrome da compressione di strutture nervose. Vi è comunque una discordanza tra l'assenza di una sindrome radicolare nella mia valutazione e in quella del neurologo rispetto alla valutazione del chirurgo ortopedico che invece ritiene questa sindrome radicolare S1 o L5 a destra. Dal mio punto di vista l'unico elemento francamente nuovo è la sindrome del tunnel carpale bilaterale che potrebbe andare verso la chirurgia. In questo caso, se il tunnel carpale venisse operato, l'assicurato sarebbe inabile al lavoro per qualunque attività 3 mesi dopo l'intervento e in seguito la capacità

lavorativa corrisponderebbe a quella da noi certificata. (...)" (doc. AI 293/1243-1248) I periti del _____ hanno concluso che "(...) la documentazione inviataci non apporta elementi tali da modificare la nostra valutazione espressa nella perizia _____ redatta il 24.8.2020: l'A. è abile al lavoro nella misura dell'80% come commerciante di automobili e in attività lavorative rispettose dei limiti funzionali descritti, abile nella misura del 40% in un'attività lavorativa mediamente pesante e abile nella misura del 20% in un'attività lavorativa pesante. La sindrome del tunnel carpale è ben accessibile a misure chirurgiche. In caso d'intervento si può prevedere un'incapacità lavorativa di breve durata di ca. due mesi al massimo. Successivamente l'A. presenterà nuovamente la capacità lavorativa descritta nella nostra perizia _____. (...)" (doc. AI 293/1248). Il dr. _____, nell'annotazione del 5 febbraio 2011, si è allineato al suesposto complemento peritale 3 febbraio 2021 del _____ e ha confermato che "(...) quanto quindi inviato da parte del dr. _____ nel periodo dopo il _____ non permette di modificare le limitazioni già esposte in sede peritale e riportate nel RAF. (...)" (doc. AI 294/1263).

2.5. 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 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; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. 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 oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). 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. 2.7. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5 e 2.6), non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del _____ fondate sulla perizia 20 agosto 2020 con complemento del 3 febbraio 2021 e confermate dal medico SMR dr. _____ (cfr. consid. 2.4). Perizia, quella del _____, che va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. Non vi sono in effetti ragioni per scostarsi dalle convincenti e approfondite considerazioni espresse dai periti i quali hanno anche considerato tutta la documentazione medica (specialistica e non) agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna valida documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui è giunto il _____. Tali non possono essere ritenuti gli scritti della dr.ssa _____ del 17 giugno e del 23 ottobre 2019 (doc. C2 e C3 = doc. A/21; non menzionati nell'elenco atti del _____ sub doc. AI 163/1033-1054) e "Il piano farmacologico svizzero" aggiornato al 9 febbraio 2021 con la "Ricetta" dello stesso giorno (doc. C4 e C5 = doc. A/24). Nei

succitati scritti la dr.ssa _____ non si è infatti espressa sulla capacità lavorativa – il 17 giugno 2019 osservando che: “(...) LAVORO: non ne svolge alcuno (...)” (doc. C2) e il 23 ottobre 2019 non formulando alcuna valutazione circa la possibilità o meno di svolgere un’attività adeguata – indicando, il 17 giugno 2019, uno stato psichico con “(...) Umore a tratti disforico. Ansietà persistente, ma gestibile. Dorme ben poco, risvegli. (...)” (doc. C2) rispettivamente, il 23 ottobre 2019, con “(...) Umore oggi più tetro, irritabile. Dorme poco, solo con le pastiglie di quetiapina. Pensa troppo e tante rimuginazioni su temi familiari. (...)” (doc. C3). Quanto alle critiche sollevate dalla dr.ssa _____ nel rapporto 22 ottobre 2020 (doc. AI 276/1190-1195), il consulente dr. _____, nella presa di posizione del 25 novembre 2020 (doc. AI 293/1252-1253 riprodotto in esteso al consid. 2.4), ha risposto in modo esaustivo e completo alle stesse. In particolare, avuto riguardo alla lingua, nella succitata presa di posizione, il dr. _____ ha rilevato che “(...) da parte mia ho potuto appurare nel corso delle due visite peritali che egli ha dimostrato di possedere una buona padronanza del mezzo linguistico come da me sottolineato al punto 4.2. (...)” (doc. AI 293/1252). Va qui evidenziato che già in occasione della prima perizia psichiatrica del 29 settembre 2008 (doc. AI 33/133-137) gli allora periti del _____, nello “Status”, avevano osservato che l’assicurato “(...) si esprime con un linguaggio fluido, spontaneo e senza particolari difficoltà linguistiche. (...)” (doc. AI 33/135) e che nemmeno, nella perizia del 23 novembre 2015 (cfr. doc. AI 181/655-672; dove l’assicurato è stato anche sottoposto al Trail Marking test), i diversi periti del _____ hanno evidenziato difficoltà linguistiche. Sempre il dr. _____, nella presa di posizione del 25 novembre 2020, ha confermato che dai “(...) test effettuati dallo psicologo Corradi sono emersi in maniera chiara ed inequivocabile degli indicatori sia nel senso di una esagerazione nel riportare la portata della propria sintomatologia sia nel senso di una raggiunta capacità da parte dell’A. di contenimento delle cariche emotive e degli agiti impulsivi come palese esito della riuscita dei provvedimenti terapeutici messi in atto a livello specialistico. (...)” (doc. AI 293/1252; anche il consulente dr. _____, nella presa di posizione 5 gennaio 2021 sub doc. AI 293/1258-1259, ha segnalato la presenza di reperti che “[...] non sono spiegabili dal punto di vista organico ma che a questo punto fanno piuttosto sospettare per una accentuazione dei sintomi da parte del paziente. [...]”). Il dr. _____ ha pure esposto in modo convincente le ragioni per le quali ha considerato il problema della personalità inquadrandolo quale “(...) deficit personologico di tipo impulsivo che grazie ai provvedimenti terapeutici messi in atto dalla collega hanno permesso di contenere la rilevanza clinica. (...)” (doc. AI 293/1252) evidenziando che “(...) la questione sollevata poi dalla Dr.ssa _____ in merito al "tema del dolore e suo influsso sullo stato psicologico" di cui non avrei tenuto conto per l'impatto che la sintomatologia dolorosa eserciterebbe sullo stato psichico mi pare non sostenibile specie alla luce dei test psicologici effettuati che hanno evidenziato nell'A. una chiara tendenza a sovrastimare la portata dei suoi disturbi, aspetto di cui l’A. probabilmente non si rende conto in quanto identificato con la sua sofferenza. (...)” (doc. AI 293/1253). L’insorgente, pur avendone avuto la possibilità, dapprima con il ricorso e in seguito con la replica, non ha del resto presentato alcuna documentazione medica atta a mettere in dubbio la chiara presa di posizione del 25 novembre 2020 del dr. _____ (doc. AI 293/1252-1253), confermata anche dai periti del _____, e dalla quale questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi. Nemmeno sono ravvisabili validi motivi per scostarsi dalle puntuali e precise considerazioni sviluppate dai consulenti dr. _____ e dr. _____ (cfr. doc. AI 293/1255-1259 e 293/1260-1262) – rimaste del tutto incontestate e sopra riprodotte in

esteso (cfr. consid. 2.4) – confermate dai periti del _____ nel complemento peritale del 3 febbraio 2021 (doc. AI 293/1240-1262). 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 censura secondo la quale "(...) nella fattispecie, nella perizia _____ del 24 agosto 2020 le interazioni fra diverse patologie del ricorrente non sono state indagate, di conseguenza il giudizio globale del _____ circa il grado d'inabilità lavorativa non è il risultato di una ponderata discussione al fine di stabilire suddette interazioni. (...)" (XIV, pag. 6), va rilevato che i periti del _____ hanno concluso che "(...) la capacità lavorativa dell'A. è limitata dalla patologia reumatologica. Vi è stato un miglioramento della patologia a livello psichiatrico (nessuna limitazione della capacità lavorativa). [...] Facciamo notare che vi è stato un miglioramento a livello psichico rispetto alla perizia del novembre 2015. (...)" (doc. AI 263/1087) precisando quindi che "(...) la valutazione consensuale è avvenuta senza necessità di teleconferenza. (...)" (doc. AI 263/1088). In precedenza – nell'ambito della domanda di prestazioni del novembre 2012 (cfr. consid. 1.3) e in sede di colloquio telefonico del 20 novembre 2015 – i periti coinvolti, dr. _____ e dr. _____, avevano dal canto loro concluso che "(...) si conviene tra i periti che le percentuali di IL siano sovrapponibili e non cumulabili. (...)" (doc. AI 179/650; la sottolineatura è del redattore). Visto tutto quanto sopra esposto e conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.5 e 2.6; va qui inoltre 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)), questo Tribunale ritiene che – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che "(...) a tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all'attendibilità e alla concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465). (...)") – la suesposta (cfr. consid. 2.4) valutazione della capacità lavorativa nel tempo (nell'attività abituale e in un'attività adeguata), formulata dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale dell'8 settembre 2020 sulla base della perizia 24 agosto 2020 del _____, va confermata. In questo senso la domanda subordinata formulata con la replica: "(...) È predisposta una perizia medica pluridisciplinare giudiziaria al seguito della quale l'Ufficio invalidità emanerà una nuova decisione. (...)" (XIV, pag. 8), va disattesa. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso

delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. Quanto alla valutazione economica determinante è l'anno 2019. Infatti, da una parte, oggetto del contendere è la nuova domanda del marzo 2019 (cfr. consid. 1.3) e un eventuale diritto a una rendita sarebbe dato al più presto dal settembre 2019 (art. 29 cpv. 1 LAI, vedi anche consid. 2.2 e 2.3). Dall'altra parte, dall' "Annotazione per l'incarto" del 23 settembre 2020 risulta che "(...) il CS _____ ritiene che non sia il caso, nonostante la totale inabilità per tre anni emersa nel rapporto medico finale del 08.09.2020 di riconsiderare la precedente decisione. Tale presa di posizione è stata confermata dal servizio giuridico (avv. _____). (...)" (doc. AI 266/1167). Va qui ricordato che l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario nel merito, ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPG, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (STF 8C_4/2017 del 13 marzo 2017 consid. 4.1; 9C_862/2010 del 18 gennaio 2012; STF C 227/03 del 23 marzo 2004; C 349/00 del 12 febbraio 2004; C 19/03 del 17 dicembre 2003; C 307/01 del 28 novembre 2003; C 81/03 del 21 luglio 2003; DTF 129 V 110 = SVR 2003 ALV Nr. 5, pag. 15; 127 V 466, consid. 2c, pag. 469; 126 V 399 = DLA 2001 N. 37, pag. 247; DLA 2000 N. 40, pag. 208; DLA 1998 N. 15, consid. 3b, pag. 79 e 80; SVR 1997 ALV Nr. 101, pag. 309 consid. 2a e riferimenti). Per costante giurisprudenza l'amministrazione non può essere obbligata né dagli interessati, né dai Tribunali ad effettuare una riconsiderazione (DTF 133 V 50; 117 V 12; STF 9C_452/2013 del 10 luglio 2013; 9C_517/2011 del 12 settembre 2011 STF I 206/06 del 13 marzo 2007; STF U 17/05 del 27 ottobre 2006). In concreto non può pertanto essere seguito l'avv. RA 1 laddove con la replica – a differenza di quanto chiesto personalmente dal ricorrente: "(...) Lo scrivente RI 1 matura un diritto di rendita Al del 100% a partire almeno dal 28.09.2019 in virtù della sua inabilità totale di guadagno e di lavoro. (...)" (I, pag. 9) –, postulando il riconoscimento di "(...) una rendita d'invalidità dal 1 maggio 2017 e continua. (...)" (XIV, pag. 8), pretendesse la riconsiderazione della decisione dell'8 ottobre 2018, cresciuta incontestata in giudicato, con cui l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni (doc. AI 207/798-803; vedi anche consid. 1.2). 2.8.1. Per quel che concerne il reddito da valido – partendo da un reddito da valido fissato, vista la tabella elaborata il 23 agosto 2018 (doc. AI 201/785) e la "Nota per atti" del 24 agosto 2018 (doc. AI 202/786-788), in fr. 40'998.-- per il 2016 – l'Ufficio AI ha aggiornato l'importo di fr. 40'998.-- ed è giunto ad un reddito da valido per il 2018 pari a fr. 41'360.35 (doc. AI 267/1168). Detto importo non è stato contestato dall'insorgente e non vi è alcun motivo per cui questo Tribunale non possa farlo proprio. Il reddito da valido per il 2019 si attesta quindi a fr. 41'732.59 (41'360.35 aumentati dello 0.9% pari alla stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali). 2.8.2. Per quel che concerne il reddito da invalido – ricordato che per l'applicazione dei dati statistici 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 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; STF I 222/04 del 5 settembre 2006) – vale quanto segue. Utilizzando i dati forniti

dalla tabella TA1 2016 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (livello di qualifica 1) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 64'080.-- (5'340 x 12 mesi), che, aggiornato al 2018 e adattato al tempo lavorativo di 41,7 ore, dà un reddito di fr. 67'445.12 (64'080 : 104.1 x 105,1 : 40 x 41.7; cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2018, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; STF 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Aggiornato al 2019 il reddito da invalido si attesta a fr. 68'052.12 (67'445.12 aumentati dello 0.9% pari alla stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali). Quanto alla riduzione sociale – 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 e che 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) – l'insorgente, come accennato (cfr. consid. 1.7), ha contestato la riduzione del 10% riconosciuta dall'Ufficio AI pretendendone una nella misura del 20%. Tenuto conto di un'incapacità lavorativa per motivi medici del 20% (cfr. consid. 2.4 e 2.7), anche volendo applicare la pretesa riduzione sociale del 20%, il reddito da invalido si attesterebbe a fr. 43'553,35 (68'052.12 x 80% ridotti del 20%) per un grado d'invalidità nullo visto il reddito da valido di fr. 41'732.59 (cfr. consid. 2.8.1). In simili circostanze è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni. 2.9. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 138 V 122; 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009 e 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 ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. consid. 1.7). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser,

ATSG-Kommentar 4a ed., 2020, ad art. 61, n. 183, pag. 1125). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (Lag), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 183 segg.) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se il processo non è palesemente privo di esito positivo e se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid 5b con riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, viste le conclusioni a cui sono giunti i periti del _____ nella perizia del 24 agosto 2020 con complemento del 3 febbraio 2021 (doc. AI 263/1030-1156 e 293/1240-1262) confermate dal medico SMR dr. _____ nel rapporto finale dell'8 settembre 2020 (doc. AI 264/1157-1161) e nell'annotazione del 5 febbraio 2021 (doc. AI 292/1263), secondo cui, in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti, la capacità lavorativa è dell'80% dal mese di aprile 2019, all'assicurato, oltretutto patrocinato, non poteva sfuggire che avrebbe dovuto debitamente documentare un eventuale peggioramento della sua situazione valetudinaria dopo le ulteriori valutazioni espresse dall'amministrazione. Nemmeno in corso di procedura ricorsuale (cfr. consid. 2.7) l'insorgente ha prodotto documentazione medica idonea a validamente contestare le succitate valutazioni del medico SMR dr. _____ fondate sulla perizia 24 agosto 2020 con complemento del 3 febbraio 2021 del _____ e/o a rendere verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata dell'8 febbraio 2021. Ne segue che la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va respinta.

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