

TI_GERICHTE 32.2021.60 vom 16. März 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-03-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.60

FR: TI_GERICHTE 32.2021.60 du 16 mars 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.60 del 16 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STF 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STF I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). (STCA 32.2019.137 del 25 maggio 2020, consid. 2.5, STCA 32.2019.168 del 9 giugno 2020, consid. 2.3, STCA 32.2020.63 del 23 novembre 2020, consid. 2.3 e STCA 32.2020.92 del 18 gennaio 2021, consid. 2.4). 2.5. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi,

l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il

Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche in seguito (cfr. STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.). Vedi pure STCA 32.2018.145 del 21 ottobre 2019, consid. 2.3, STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.3, STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.4, STCA 32.2020.42 del 21 dicembre 2020, consid. 2.5, STCA 32.2020.92 del 18 gennaio 2021, consid. 2.5 e STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.4).

2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 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 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 infine 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; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, 2010, ad art. 28a, pag.

353) 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 p. 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 p. 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 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 (STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352; STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001; STCA 32.2019.174 del 13 luglio 2020, consid. 2.10). Vedi pure STCA 32.2020.42 del 21 dicembre 2020, consid. 2.6, STCA 32.2020.92 del 18 gennaio 2021, consid. 2.6 e STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.5. 2.7. Ad una perizia allestita esclusivamente sulla base degli atti dell'incarto può essere riconosciuto valore probante nella misura in cui quest'ultimo contenga sufficienti apprezzamenti medici che, a loro volta, si fondano su un esame personale dell'assicurato (cfr. RAMI 1988 U 56, p. 370s. consid. 5b ed il riferimento; "Aktegutachten"). Tale giurisprudenza va tuttavia relativizzata quando si tratta di valutare delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, nel senso che una perizia in questo settore della medicina, di principio, deve essere allestita sulla base di un consulto personale (cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345 s.; STCA dell'8 agosto 2002 nella causa T., 35.2000.34; STCA 35.2005.9 dell'8 novembre 2005, consid. 2.9; STCA 32.2005.134 dell'8 maggio 2006; STCA 32.2013.157 del 29 settembre 2014, consid. 2.9; STCA 35.2014.111 del 13 aprile 2015, consid. 2.10; STCA 35.2018.11 del 9 maggio 2018, consid. 2.8; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.5; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2019.145 del 9 giugno 2020, consid. 2.12). Vedi pure STCA 32.2020.42 del 21 dicembre 2020, consid. 2.7, STCA 32.2020.92 del 18 gennaio 2021, consid. 2.7 e STCA 32.2020.88 del 31 maggio 2021, consid. 2.6. 2.8. 2.8.1. Nella presente fattispecie con la decisione avversata l'UAI ha riconosciuto all'assicurato una rendita intera di invalidità (grado di invalidità del 100%) dal 1° luglio 2018 (alla scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 LAI) limitatamente al 31 gennaio

2019 (trascorsi

E. 3

mesi dall'oggettivo miglioramento dello stato di salute a partire dal 1° novembre 2018 ex art. 88a cpv. 1 OAI), ritenendolo inabile al lavoro, nell'attività abituale di "panettiere", in percentuali variabili tra il 100% e il 50% dal 20 giugno 2017 al 31 dicembre 2019 e al 65% dal 1 gennaio 2019 e continua rispettivamente, in attività adeguate, al 100% dal 20 giugno 2017 all'11 settembre 2017, 0% dal 12 settembre al 30 novembre 2017, 100% dal 1° dicembre 2017 al 16 aprile 2018, 100% dal 1° luglio 2018 al 31 ottobre 2018, 10% dal 1° novembre 2018 al 30 ottobre 2019, 100% dal 31 ottobre 2019 al 18 novembre 2019 ("Periodo IL inferiore a 3 mesi (art. 88a OAI)": pag. 500 incarto AI) e 10% (presenza a tempo pieno con riduzione del rendimento del 10%) dal 19 novembre 2019 e continua.

2.8.2. L'UAI ha acquisito agli atti l'incarto LAMal (pag. 543-608 incarto AI). Esso contiene la perizia del 26 settembre 2018 (pag. 570-576 incarto AI) del dr. med.

_____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, che - dopo avere riassunto la relazione medica del 17 settembre 2018 della dr.ssa _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (giusta la quale l'assicurato era affetto da "sindrome da disadattamento con rischio di evoluzione in depressione reattiva (F 32.1).") - ha posto la diagnosi di "Disturbo dell'adattamento con reazione ansiosa-depressiva (F43.22)" e ha concluso quanto segue: "(...). Dal profilo medico-psichiatrico, in base alle risultanze del mio esame clinico odierno, posso confermare la presenza di uno stato ansioso-depressivo che non è tuttavia di entità tale da giustificare un'inabilità lavorativa prolungata. In questo senso, considerati anche i previsti nuovi accertamenti internistici (la cui data non sembra essere stata ancora fissata) ritengo ragionevolmente proponibile e esigibile la ripresa completa di un'attività lavorativa come quella precedentemente svolta a partire dal 01.11.2018, salvo complicazioni. La ripresa di un'attività lavorativa sarebbe indicata anche dal profilo terapeutico e non costituirebbe un rischio aggiuntivo per le condizioni di salute dell'interessato. Saranno poi eventualmente i medici internisti a stabilire eventuali ulteriori limitazioni della capacità lavorativa dal profilo somatico/gastroenterologico. Non sono tuttavia escluse resistenze anche per ragioni psicosociali." (pag. 575-576 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice).

2.8.3. L'UAI ha inoltre incaricato il _____ (di seguito: _____) di eseguire un accertamento pluridisciplinare (medicina interna, chirurgia, reumatologia, neurologia, psichiatria e psicoterapia con test psicodiagnostici). La perizia del _____ è datata 18 dicembre 2020 (pag. 286-452 incarto AI). In tale ambito i medici del _____, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (famigliare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), le constatazioni soggettive ed obiettive, la descrizione della giornata, la terapia, gli esami di laboratorio del 5 marzo 2020 (ematologico, ematochimico, screening tiroideo, altri esami di laboratorio, tasso psicofarmaci, tasso analgesici, esame delle urine) e gli esami psicodiagnostici del 17 marzo 2020 (MMPI-2-RF e SIMS) dello psicologo _____, hanno sottoposto l'assicurato ad un consulto internistico (dr.ssa med. _____), ad un consulto chirurgico (dr. med. _____), ad un consulto neurologico (dr. med. _____), ad un consulto reumatologico (dr. med. _____), ad un consulto psichiatrico (dr.ssa med. _____).

2.8.4. Dal profilo internistico, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia _____, grazie al consulto specialistico del 26 febbraio 2020 (dalle ore 13.36 alle ore 16.35, con 15 minuti di pausa) della dr.ssa med. _____, specialista FMH in medicina interna generale, che - dopo avere posto la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di "Ipovitaminosi D non sostituita. Iperglicemia (a

digiuno?) a 8,2 mmol/l (5.3.2020): Gastrite cronica con GERD. Stato dopo eradicazione HP ” - ha attestato, dal profilo internistico, una piena capacità lavorativa dell'assicurato (pag. 320, 321 e 325 e 326 incarto AI), riconoscendo le incapacità lavorative totali durante le ospedalizzazioni: dal 6 all'8 dicembre 2017 (primo intervento fistola anale), dal 16 al 18 marzo 2018 (secondo intervento fistola anale); dal 5 all'8 luglio 2019 (intervento neurochirurgico al rachide lombare) e dal 31 ottobre al 18 novembre 2019 (ospedalizzazione presso la Clinica _____; pag. 325 incarto AI).

2.8.5. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia _____, grazie al consulto specialistico del 27 maggio 2020 del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel referto del 28 maggio 2020 (pag. 345-357), dopo aver descritto l'anamnesi e l'esame clinico, ha attestato la presenza con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ Sindrome lombo-vertebrale con leggera componente spondilogenica a destra in stato dopo sindrome irritativa radicolare compressiva deficitaria motorica e sensitiva L4 a destra per un'ernia discale L4-L5, lussata caudalmente con compressione della radice di L4 e stato dopo intervento chirurgico decompressivo con sequestrectomia L4-L5 a destra il 5.7.2019. Iniziale rizartriosi a destra più che a sinistra e artrosi alle articolazioni interfalangee prossimali del pollice destro più che a sinistra. ” e la presenza senza ripercussione sulla capacità lavorativa di “ Tendenza ad un iniziale sviluppo di reumatismo delle parti molli, prevalentemente sul lato destro. Metatarsalgia a sinistra, su piede piano trasverso, alluce valgo e tendenza a piede piatto. ” (pag. 353 e 354 incarto AI).

Per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'assicurato, il perito ha ritenuto quanto segue: “ (...) 8.1 Capacità lavorativa nell'attività svolta finora Ritengo che l'assicurato presenti una capacità lavorativa del 50% nell'ultima attività professionale svolta e questo a partire dall'inizio di gennaio del 2020. Egli presenta per quest'attività professionale una riduzione del rendimento del 50%. Si tratta di un'attività piuttosto stressante, durante la quale l'assicurato deve entrare e uscire ripetutamente dai congelatori e lavorare accanto a forni molto caldi. Deve trasportare dei vassoi che possono raggiungere anche pesi superiori ai 10 kg. Deve alzare questi vassoi, trasportarli. Deve eseguire movimenti di rotazione della colonna vertebrale e deve anche tenere questi vassoi con le mani. Alle volte deve impastare e quasi sempre deve informare e togliere questi vassoi dal forno. Da maggio 2019 fino a gennaio 2020 abile allo 0%. Per quanto riguarda l'attività di casalingo da sempre abile al lavoro nella forma completa. Si tratta di un'economia domestica di una sola persona. L'assicurato fa tutto da solo. 8.2 Capacità lavorativa in un'attività adeguata Ritengo che per quanto riguarda un'attività lavorativa adeguata, che tenga in considerazione le limitazioni funzionali da me sopra elencate, l'assicurato presenti una capacità lavorativa nella forma completa, con un rendimento al 100% sull'arco di un'intera giornata dall'inizio di gennaio 2020. (...)” (pag. 356 incarto AI; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice)

2.8.6. Per quanto riguarda la patologia chirurgica, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia _____, grazie al consulto specialistico del 3 marzo e del 25 maggio 2020 del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia e chirurgia viscerale, il quale, nel referto del 17 agosto 2020 (pag. 358-377), dopo aver descritto l'anamnesi e l'esame clinico, ha attestato la presenza con ripercussione sulla capacità lavorativa di una “ Ernia ombelicale asintomatica con diastasi dei retti addominali al momento priva di indicazioni chirurgiche. ” (pag. 322 incarto AI) e la presenza senza ripercussione sulla capacità lavorativa di: “ (...) • Esiti di incisione di ascesso perianale con resezione di polipo fibroepiteliale anteriore (marisca) nel Gennaio 2016 con: • Diagnosi di fistola anale posteriore (ore 6 in SSL)

mediante endosonografia 19.12.2017 evento di fistulectomia posteriore con copertura dell'ostio interno mediante lembo mucoso • St. dopo fistulotomia perianale per fistola anale recidivante 16.03.2018 • Microincontinenza su "soiling" con sintomi perianali irritativi • Obesità, • Pregresso abuso nicotinic (ca. 27 pacck/years. • St. dopo eradicazione per Gastrite H. pylori positive con: o Test dell'ureasi risultato positivo per Helicobacter Pylori per il quale riferisce di avere eseguito un trattamento antibiotico senza successivo controllo dell'avvenuta eradicazione (7.2017). o esami bioumorali 15.10.2018 con riscontro di anticorpi per celiachia negativi; riferita intolleranza al lattosio negativa; pregressa infezione HBV (vedi valori anticorpali); AST 20 U/I, ALT 42U/I, ALP 50 U/I, GGT 88U/I 15.10.2018) • 05.07.2019 St. dopo sequestrectomia L4-L5 destra per ernia discale L4-L5 lussata cranialmente determinante radicolopatia L4destra. ■ **Sindrome ansioso-depressiva.**" (pag. 272 e 373 incarto AI) Per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'assicurato, il perito ha ritenuto quanto segue: " 8.1 Capacità lavorativa nell'attività finora svolta • Quante ore di presenza può garantire l'assicurato nell'attività svolta in precedenza? 8-9 ore per le patologie inerenti la sfera chirurgico addominale. • Durante questo periodo di presenza si manifesta anche una limitazione della capacità di rendimento? In caso affermativo, in che misura e perché? Per gli aspetti di competenza strettamente chirurgico-addominali vi è riduzione del rendimento del 50% che si giustifica per le limitazioni dovute all'ernia della parete addominale (l'A dovrebbe essere dispensato a sollevare pesi oltre 7-10 kg). • Come valuta complessivamente la capacità lavorativa nell'attività svolta finora, in rapporto a un grado d'occupazione del 100%? Capacità lavorativa del 50% per la mia specialità. Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa? Per patologia di pertinenza chirurgico-addominale si giustifica l'inabilità lavorativa completa dal 20.6.2017 (ernia ombelicale), abile al 50% dal 12.9.2017 al 30.11.2017 per miglioramento, poi nuovamente inabile al 100% (per fistola anale) dall'1.12.2017 fino al 16 aprile 2018 (a un mese dall'ultimo intervento di recidiva per fistola anale). Quindi abile al 50% in modo definitivo (limitazioni per ernia ombelicale). 8.2 Capacità lavorativa in un'attività adeguata • Quali requisiti dovrebbe soddisfare un'attività adeguata in modo ottimale alla disabilità? Attività lavorativa con dispensazione da sollevamento pesi oltre 7-9 kg. • Quante ore di presenza al giorno potrebbe garantire al massimo l'assicurato in un'attività di questo tipo? 8-9 ore • Durante questo periodo di presenza si assiste a una limitazione della capacità di rendimento anche in un'attività adeguata? In caso affermativo, in che misura e perché? Da un punto di vista somatico e funzionale penso non vi siano limitazioni importanti in una attività adeguata come descritto in precedenza. • Come valuta complessivamente la capacità lavorativa in un'attività adeguata nel libero mercato del lavoro, in rapporto a un grado d'occupazione del 100%? 100 % in attività adeguata. • Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa? Per patologia di pertinenza chirurgico-addominale in attività adatta si giustifica l'inabilità lavorativa completa dal 20.6.2017 (ernia ombelicale), abile al 100% dal 12.9.2017 al 30.11.2017 per miglioramento, poi nuovamente inabile al 100% dal 1.12.2017 (per fistola anale) fino al 16 aprile 2018 (a un mese dall'ultimo intervento di recidiva per fistola anale). Quindi abile al 100%. (...)” (pag. 374-376 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) 2.8.7. Per quanto riguarda la patologia neurologica , l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia _____, grazie al consulto specialistico del 17 marzo 2020 del dr. med. _____, il quale, nel referto del 18 marzo 2020 (pag. 378-384), dopo aver descritto l'anamnesi e l'esame clinico, ha attestato la presenza con ripercussione sulla capacità lavorativa di uno “ Stato da intervento di discectomia L4/5 a destra (5.07.2019) con iniziale sindrome radicolare deficitaria L4 a

destra, attualmente solo con minimi residui radicolari. ” (pag. 382 incarto AI). Per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'assicurato, il perito ha ritenuto quanto segue: " (...) 8.1 Capacità lavorativa nell'attività finora svolta • Quante ore di presenza può garantire l'assicurato nell'attività svolta in precedenza? Dal punto di vista neurologico l'A. potrebbe garantire un'attività di 8 ore al giorno. • Durante questo periodo di presenza si manifesta anche una limitazione della capacità di rendimento? In caso affermativo, in che misura e perché? Vi è una limitazione del rendimento valutabile attualmente al 10% dal punto di vista neurologico. Questa è dettata dal fatto che il paziente presenta comunque tuttora lievi deficit di tipo L4 alla gamba destra che potrebbero accentuarsi in caso di un carico rilevante della colonna lombare. • Come valuta complessivamente la capacità lavorativa nell'attività svolta finora, in rapporto a un grado d'occupazione del 100%? Dal punto di vista neurologico la capacità lavorativa nell'attività svolta fino ad ora è del 90% • Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa? Il paziente ha avuto un periodo di incapacità lavorativa nella fase perioperatoria in luglio 2019. La fase più acuta si era sviluppata in giugno 2019 e possiamo ritenere che almeno fino al 30 settembre 2019 il paziente era inabile al lavoro al 100%. A partire dal primo ottobre 2019 la situazione neurologica era complessivamente stabilizzata e abbastanza favorevole per cui l'indicazione di una incapacità lavorativa del 10% dal punto di vista neurologico vale a partire dal 1° ottobre 2019. 8.2 Capacità lavorativa in un'attività adeguata Quali requisiti dovrebbe soddisfare un'attività adeguata in modo ottimale alla disabilità? Dal punto di vista neurologico sarebbe favorevole che il paziente non debba effettuare sforzi rilevanti con la colonna lombare, non debba sollevare pesi e che abbia la possibilità di cambiare frequentemente posizione. Quante ore di presenza al giorno potrebbe garantire al massimo l'assicurato in un'attività di questo tipo?

E. 3.2

Il est constant que le recourant, qui a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er mai 2019 au 29 février 2020 alors qu'il était âgé de plus de 55 ans, appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Or en l'espèce, comme le fait valoir à juste titre l'assuré, ni l'office intimé, ni, à sa suite, la juridiction cantonale, n'a procédé à un examen convaincant de sa situation pour nier son droit à des mesures de réadaptation préalablement à l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps. Il ne suffit pas, pour fonder une situation exceptionnelle au sens de la jurisprudence, où l'assuré âgé de plus de 55 ans est apte à se réadapter par soi-même (supra consid. 3.1), de mentionner les exemples d'activités adaptées à l'état de santé de celui-ci donnés par l'office intimé, qui ne nécessitent pas de formation particulière. L'examen de la nécessité de mesures d'ordre professionnel doit en effet être effectué malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, en fonction des circonstances concrètes (voir aussi arrêt 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1). Par ailleurs, en se référant à la "longue expérience professionnelle" du recourant, la juridiction cantonale ne fait pas état de circonstances qui permettraient de renoncer à évaluer la nécessité de mettre en place des mesures d'ordre professionnel. Elle n'a en effet pas tenu compte que cette expérience professionnelle était en réalité limitée à un secteur particulier, puisque l'assuré avait toujours travaillé en tant que boulanger depuis l'obtention de son certificat fédéral de capacité (CFC) dans ce domaine en 1978 (cf. rapport initial de réadaptation établi par l'office intimé le 16 janvier 2019). De plus, la durée de l'éloignement du marché du travail n'apparaît pas déterminante dans les situations où une rente est

octroyée rétroactivement pour une période limitée dans le temps (cf. arrêt 8C_80/2020 du 19 mai 2020 consid. 3.1).

E. 3.3

En définitive, en considérant qu'il était concevable que le recourant pût reprendre du jour au lendemain une activité lucrative à 100 % sans qu'il fût nécessaire de mettre préalablement des mesures destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail, la juridiction de première instance a violé le droit en ne faisant pas une application correcte de la jurisprudence fédérale (supra consid. 3.1). En conséquence, il convient de renvoyer le dossier à l'office intimé afin qu'il examine concrètement les besoins objectifs de l'assuré à ce propos. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en oeuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra définitivement statuer sur la suppression de la rente entière d'invalidité. Le recours est bien fondé." Va qui pure citata la sentenza 9C_663/2020 dell'11 agosto 2021 dove l'Alta Corte ha ritenuto non più concretamente reintegrabile nel mondo del lavoro un'assicurata, nata nel 1956, che era stata dichiarata completamente inabile al lavoro dall'11 gennaio 2017 al 25 settembre 2018 ed abile al 100% nella sua precedente attività dal 26 settembre 2018 con un aiuto al collocamento ed alla quale era stata riconosciuta una rendita intera dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018. Il Tribunale federale, applicando la suesposta giurisprudenza e ritenuti i limiti funzionali dell'interessata, titolare di un AFC quale impiegata di commercio dal 1975 e di un certificato di gestione del personale dal 2010, ha ritenuto che l'insorgente non poteva confrontarsi da sola con il mercato del lavoro, come del resto stabilito nella perizia: " 4.2 (...) Les experts du CEMed ont de plus retenu qu'elle présentait notamment une agoraphobie avec trouble panique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (avec des signes d'imprégnation éthylique chronique), un syndrome de dépendance, un état général médiocre, un ballonnement abdominal avec réseau veineux suggérant une ascite et une trophicité musculaire globalement médiocre, sans amyotrophie focalisée. Ils ont conclu que si la recourante avait recouvert une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, elle ne pouvait en revanche pas se confronter seule au marché de l'emploi. Aussi, à l'inverse de ce que soutient la juridiction cantonale, il n'est pas concevable que la recourante puisse, compte tenu de sa fragilité psychique et de son âge, reprendre seule et du jour au lendemain son activité habituelle auprès d'un autre employeur que celui pour lequel elle a travaillé pendant plus de 30 ans. Dans sa prise de position du 15 mai 2019, le médecin du SMR a d'ailleurs suivi les conclusions des experts et conseillé la mise en place d'une aide au placement (au sens de l'art. 8 al. 3 let. c LAI). On peut douter qu'une telle mesure soit suffisante. Quoi qu'il en soit, il convient de constater que les organes de l'assurance-invalidité se sont écartés des recommandations médicales et n'ont pas pris en considération des mesures d'ordre professionnel, y compris une aide au placement. En relevant que la recourante est titulaire d'un CFC d'employée de commerce (depuis 1975) et d'un certificat d'assistante en gestion de personnel (depuis 2010), la juridiction cantonale ne fait enfin pas état de circonstances qui permettraient de renoncer à la mise en place de mesures d'ordre professionnel. Les ressources professionnelles et la faculté d'adaptation à de nouvelles exigences mises en avant par la juridiction cantonale reposent en effet sur des faits antérieurs à la décompensation psychique de la recourante de 2016 et ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise, soit que la recourante ne pouvait pas se confronter seule au marché de l'emploi (expertise du CEMed, p. 7 ch. 4.1). 4.3. Ensuite des éléments qui précèdent, il conviendrait en principe de renvoyer la cause à l'office AI pour qu'il examine puis mette en oeuvre les mesures

nécessaires de réintégration sur le marché du travail. Ce ne serait là, toutefois, qu'une vaine formalité, qui retarderait la liquidation de l'affaire, car la recourante peut prétendre aujourd'hui déjà une rente de vieillesse de l'AVS. Il convient dès lors d'admettre que la recourante n'était pas en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail sur le marché du travail, en dépit de l'amélioration de son état de santé attestée sur un plan médico-théorique. Elle a dès lors droit au maintien de sa rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2018 jusqu'au 31 janvier 2020 (date à partir de laquelle elle a pu prétendre une rente de vieillesse de l'AVS; art. 30 LAI en relation avec l'art. 21 al. 1 let. b et al. 2 LAVS).” (cfr. STCA 32.2021.104 del 14 febbraio 2022, consid. 2.12). 2.11.4. In concreto, sia al momento dell'emissione della decisione contestata (16 marzo 2021), sia al momento in cui la soppressione è divenuta effettiva (31 gennaio 2019), sia quando l'amministrazione ha ritenuto migliorato lo stato di salute (1° novembre 2018: cfr. rapporto SMR del 12 gennaio 2021; pag. 465-469 incarto AI), l'assicurato aveva già compiuto i 55 anni, essendo nato nel 1961 (cfr. DTF 145 V 209, consid. 5.4). L'insorgente appartiene di conseguenza alla categoria di persone per le quali occorre presumere che, a causa della loro età, non possono di principio intraprendere di loro iniziativa tutto quello che può ragionevolmente essere preteso da loro per sfruttare la loro capacità lavorativa medico-teorica (cfr. da ultimo 9C_211/2021 del 5 novembre 2021, consid., 3.2; STF 9C_663/2020 dell'11 agosto 2021, consid. 4.2). Conformemente alla giurisprudenza federale l'amministrazione avrebbe pertanto dovuto svolgere un esame approfondito circa la reale sfruttabilità della capacità lavorativa residua dell'assicurato (cfr. anche sentenza 9C_211/2021 del 5 novembre 2021, STCA 32.2021.2 del 15 marzo 2021, consid. 2.14 e STCA 32.2021.104 del 14 febbraio 2022, consid. 2.14, STCA 32.2022.1 del 14 febbraio 2022). A maggior ragione ove si considera che l'assicurato, nato nel 1961, come emerge anche dall'anamnesi personale-sociale e professionale riportata nella perizia del 18 dicembre 2020 del _____ (pag. 302 e 303 incarto AI), dopo aver terminato la terza elementare, ha svolto l'apprendistato empirico come panettiere e pasticciere in _____, attività che ha poi svolto in Ticino a partire dal 1989 fino all'inizio del periodo di malattia di lunga durata, il 20 giugno 2017. Egli non sembra quindi disporre di un'esperienza professionale immediatamente sfruttabile nel mondo del lavoro e in base alla quale si possa ritenere che egli potrebbe immediatamente auto integrarsi da sé (STF 9C_211/2021 del 5 novembre 2021, consid. 3.2). Senza un siffatto esame, il TCA non avrebbe comunque potuto concludere, con la dovuta tranquillità e conformemente alla citata giurisprudenza federale, per un'adeguata sfruttabilità della capacità lavorativa residua. In definitiva, considerando esigibile per l'interessato la ripresa, da un giorno all'altro, di un'attività lucrativa adeguata al 90% senza la necessità di mettere in atto preventivamente delle misure destinate ad aiutarlo ad inserirsi nel mondo del lavoro, limitandosi a rimanere a disposizione per un aiuto al collocamento, l'amministrazione ha violato il diritto, non applicando correttamente la giurisprudenza federale (STF 9C_211/2021 del 5 novembre 2021, consid. 3.3). Ne consegue che la decisione impugnata deve essere annullata anche per questo aspetto. 2.12. Da ultimo, il TCA osserva che risulta prematuro esaminare in questa sede la fattispecie con riferimento alle ulteriori censure ricorsuali sollevate dal patrocinatore in questa sede. Tali questioni dovranno essere affrontate se e quando dovesse emergere che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.13 e STCA 32.2019.168 del 9 giugno 2020, consid. 2.9). Per motivi di economia processuale va qui tuttavia ribadito che - qualora emergesse che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è esigibile dal punto di vista

medico a decorrere dal 1° novembre 2018 - l'amministrazione dovrà procedere pure all'esame dell'autointegrazione rispettivamente dell'effettiva idoneità lavorativa e, quindi, dell'eventuale necessità di introdurre provvedimenti integrativi, ai sensi della succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.11). Solo al termine di questo esame e della messa in atto di eventuali misure di reintegrazione nel mercato del lavoro l'amministrazione potrà definitivamente decidere in merito alla soppressione della rendita intera d'invalidità (STF 9C_211/2021 del 5 novembre 2021, consid. 3.3; STF 9C_92/2016 del 29 giugno 2016, consid. 5.3; per casi simili cfr. STCA 32.2021.2 del 15 marzo 2021; STCA 32.2014.53 del 15 dicembre 2014; STCA 32.2012.142 del 14 dicembre 2012 e 32.2010.222 del 12 ottobre 2010; STCA 32.2021.104 del 14 febbraio 2022, consid. 2.14). Va qui parimenti ricordato che la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure Bernasconi, "8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalides selon l'ATF 126 V 75", in SZS/RSAS 1/2021 n. 49). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 32.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.10). 2.13. Va ancora rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma (cfr. consid. 2.1) del diritto a una rendita intera di invalidità dal 1° luglio 2018 al 31 gennaio 2019, non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; cfr. STCA 32.2017.20 dell'8 settembre 2017, consid. 2.13 e rinvii ivi citati; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.8 e rinvii ivi citati e STCA 32.2018.168 del 14 agosto 2019, consid. 2.9 e rinvii ivi citati; STCA 32.2019.168 del 9 giugno 2020, consid. 2.10 e rinvii ivi citati). 2.14. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.9-2.12), il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (in particolare, all'esperimento di una perizia giudiziaria, come richiesto dal patrocinatore dell'insorgente: cfr. doc. XVI, pag. 2 e cfr. doc. XXII, pag. 2). Va ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove ; cfr. Kölz/Häner ,

Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, pag. 47 n. 63; Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., pag. 274; vedi pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata; STCA 32.2018.211 del 21 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.14). 2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), le spese per fr. 500 vanno messe a carico dell'UAI, il quale verserà pure fr. 2'500 al ricorrente a titolo di ripetibili.

E. 8

ore al giorno. Durante questo periodo di presenza si assiste a una limitazione della capacità di rendimento anche in un'attività adeguata? In caso affermativo, in che misura e perché? Dal punto di vista neurologico non vi è limitazione della capacità di rendimento anche in attività adeguata. Come valuta complessivamente la capacità lavorativa in un'attività adeguata nel libero mercato del lavoro, in rapporto a un grado d'occupazione del 100%? 100%. Come si sviluppa nel tempo questa capacità lavorativa? Il paziente ha avuto un periodo di incapacità lavorativa nella fase perioperatoria in luglio 2019. La fase più acuta si era sviluppata in giugno 2019 e possiamo ritenere che almeno fino al 30 settembre 2019 il paziente era inabile al lavoro al 100% per qualunque attività. A partire dal primo ottobre 2019 vale una capacità lavorativa del 100% anche in attività adatta. (...)” (pag. 383-384 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Nel complemento del 5 novembre 2020 il perito neurologo ha precisato che la leggera/moderata paresi facciale periferica a sinistra idiopatica risultante dal rapporto del 28 febbraio 2020 dell'Ospedale _____ di _____ era praticamente risolta al momento della sua valutazione del 17 marzo 2020 (pag. 385 incarto AI). 2.8.8. Dal profilo psichiatrico , l'assicurato è stato sottoposto al consulto specialistico del 12 marzo 2020 (della durata di 95 minuti) e del 27 aprile 2020 (della durata di 90 minuti) della dr.ssa med. _____, la quale, nel rapporto dell'11 maggio 2020 (pag. 386-409) - dopo elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi, le constatazioni soggettive, la descrizione della giornata, la terapia, i dosaggi ematici dei farmaci, e gli esami psicodiagnostici del 17 marzo 2020 (MMPI-2-RF e SIMS) dello psicologo _____, lo status psichico secondo i criteri AMDP System e il colloquio telefonico del 4 maggio 2021 con la psichiatra curante, dr.ssa med. _____ - ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “ Sindrome ansioso-depressiva con aspetti di somatizzazione (ICD-10; F. 41.2), evoluzione da precedente sindrome da disadattamento reazione mista ansioso depressiva in tratti narcisistici-impulsivi . ” (pag. 404 incarto AI; n.d.r.: la sottolineatura non è della redattrice). Per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'assicurato, la perita ha ritenuto quanto segue: " (...)

E. 8.1

CL nell'attività abituale Si stima che dal lato esclusivamente psichiatrico sussista nell'attività abituale di panettiere-panificatore una CL dell'70% (riduzione del rendimento) a decorrere dal 1.11.2018. La riduzione è dovuta alla sintomatologia ansioso-depressiva con somatizzazioni che causa una riduzione della flessibilità e persistenza in un'attività piuttosto gravosa sul piano dell'impegno fisico e degli orari. Precedentemente si attestano i periodi di CL certificata dalla curante dr. med. _____ e dal dr. med. _____. Durante il periodo di ricovero stazionario presso la Clinica _____ la CL è da considerarsi nulla.

E. 8.2

CL nell'attività adeguata In attività adatta, non particolarmente gravosa sul piano fisico, con orari regolari, mansioni semplici e ripetitive, compatibili con l'iter formativo e le inclinazioni personali, si stima una CL del 90% (riduzione del rendimento) a decorrere dal 1.11.2018. Precedentemente si attesta la CL certificata dalla curante dr. med. _____ dal dr. med. _____. Durante il periodo di ricovero stazionario presso la Clinica _____ la CL è da considerarsi nulla.” (pag. 407 e 408 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice). Nel complemento del 9 novembre 2020 la perita psichiatra ha precisato che il rapporto di dimissioni della Clinica _____ del 17 gennaio 2020 e gli appunti della figlia dell'assicurato del 31 ottobre 2018 sono stati già esaminati e non apportano modifiche rispetto alle conclusioni peritali formulate in data 11 maggio 2020, rilevando che il " (...) primo documento era già stato preso in considerazione il rapporto breve di dimissioni dalla clinica _____ del 17.01.2020, citato agli atti della perizia alla pagina 8. Le differenti conclusioni diagnostiche sono state argomentate al punto 6 della valutazione peritale. In merito al secondo documento, ovvero gli appunti della figlia del 31.10.2020, pure esso era stato preso in considerazione, citato agli atti alla pagina 5 della perizia, in quanto era stato consegnato direttamente dall'assicurato al momento della valutazione peritale” (pag. 410 incarto AI; n.d.r.: la sottolineatura non è della redattrice)

2.8.9. Globalmente , quindi, nel rapporto peritale del 18 dicembre 2020 i medici del _____, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento come pure di una esauriente discussione avvenuta tra di loro in data 17 dicembre 2020 tramite teleconferenza (pag. 328), hanno posto le seguenti diagnosi (pag. 335): " (...) B. Diagnosi rilevanti con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa B.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa Ernia ombelicale asintomatica con diastasi dei retti addominali al momento apparentemente priva di indicazioni chirurgiche. Sindrome ansioso-depressiva con aspetti di somatizzazione (ICD-10 F41.2), evoluzione da precedente sindrome da disadattamento reazione mista ansioso-depressiva in tratti narcisistico-impulsivi. Sindrome lombovertebrale con leggera componente spondilogenica a ds. in stato dopo sindrome irritativa radicolare compressiva deficitaria motorica e sensitiva L4 a ds. per un'ernia discale L4-L5, lussata caudalmente con compressione della radice di L4 e stato dopo intervento chirurgico decompressivo con sequestrectomia L4-L5 a ds. il 5.7.2019, con iniziale sindrome radicolare deficitaria L4 a ds., attualmente con solo minimi residui radicolari. Iniziale rizartriosi a ds. più che a sin, e artrosi alle articolazioni interfalangee prossimali del pollice ds. più che a sin. B.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Tendenza ad un iniziale sviluppo di reumatismo delle parti molli, prevalentemente sul lato ds. Metatarsalgia a sin, su piede piano trasverso, alluce valgo e tendenza a piede piatto. Obesità. Progresso abuso nicotinicco (ca. 27 pack/years). Stato dopo eradicazione per gastrite Helicobacter pylori positiva con: - test dell'ureasi risultato positivo per Helicobacter pylori per il quale riferisce di avere eseguito un trattamento antibiotico senza successivo controllo dell'avvenuta eradicazione

(luglio 2017), - esami bioumorali, 15.10.2018, con riscontro di anticorpi per celiachia negativi; riferita intolleranza al lattosio negativa; pregressa infezione HBV (vedi valori anticorpali); AST 20 U/I, ALT 42 U/I, ALP 50 U/I, GGT 88 U/I 15.10.2018). Ipovitaminosi D non sostituita. Iperglicemia (a digiuno?) a 8,2 mmol/l (5.3.2020).” (pag. 335 incarto AI; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) I periti hanno puntualizzato (pag. 336-337) quanto segue: " (...) C Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi Per l'aspetto reumatologico, l'A. svolgeva un'attività lavorativa piuttosto stressante, durante la quale deve entrare e uscire ripetutamente dal congelatore e lavorare accanto a forni molto caldi. Deve trasportare dei vassoi, che possono raggiungere anche pesi >10 kg. Deve alzare questi vassoi, trasportarli. Deve eseguire movimenti di rotazione della colonna vertebrale, deve anche tenere questi vassoi con le mani. Alle volte deve impastare e quasi sempre deve infornare e togliere questi vassoi dal forno. L'A. è dunque limitato in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale, particolarmente pesanti, in cui debba alzare ripetutamente pesi >8-10 kg, limitato nel mantenere posizioni statiche prolungate. È limitato nei movimenti ripetitivi di rotazione e torsione del tronco e limitato nel salire e scendere ripetutamente le scale. Limitato in parte, seppur non in maniera eccessiva, dai disturbi alle articolazioni delle dita delle mani in attività in cui debba svolgere lavori manuali fini o debba con le mani fare forza, stringere oggetti o tenere oggetti pesanti. Per l'aspetto addominale, l'A. dovrebbe essere dispensato dal sollevare pesi >7-10 kg per il problema dell'ernia ombelicale, che attualmente non ha indicazione per essere operata. Per l'aspetto neurologico, sarebbe favorevole, che il paziente non dovesse effettuare sforzi rilevanti con la colonna lombare, non debba sollevare pesi e che abbia la possibilità di cambiare frequentemente posizione. Sul piano psichiatrico, in base al MINI ICF -APP- si sono riscontrate limitazioni moderate a carico della flessibilità e persistenza in attività abituale, lieve dell'assertività. Le stime derivano dalla sola sintomatologia ansioso-depressiva oggettivata. In caso di adattamento dell'attività lavorativa, prevedendo compiti meno gravosi sul piano fisico e degli orari, le limitazioni a carico della flessibilità e persistenza sarebbero lievi. D Discussioni di aspetti della personalità eventualmente rilevanti Pur non ravvisandosi a livello biografico elementi di criticità nelle diverse aree di funzionamento, tali da configurare un franco disturbo della personalità, come già osservato dalla Dr.ssa med. med. _____, sono emerse caratteristiche sotto soglia di tipo narcisistico ed impulsivo con ridotte abilità metacognitive, soprattutto in merito alla capacità di decentramento e gestione dell'emotività. La vulnerabilità e reattività emotiva alle disconferme elicitano sentimenti di rabbia con tendenza a veicolare il proprio malessere e i propri affetti negativi attraverso l'accentuazione dei sintomi sia a livello psichico che somatico. E Discussione di fattori di stress e risorse Per l'aspetto psichiatrico si tratta di un A. che non presenta sintomi depressivi o ansiosi pervasivi, il cognitivo è integro e così pure la sua capacità di affrontare in autonomia gli impegni, in cui è motivato e la routine quotidiana. Sussistono fattori stressanti d'ordine psico-sociale ed economico e tratti personologici, che influiscono sull'espressività e mantenimento della sintomatologia. Il sintomo debolezza-stanchezza limita la flessibilità e la persistenza soprattutto in presenza di compiti gravosi. L'età non più giovane ed i vissuti negativi rispetto all'ultima attività svolta sono fattori sfavorevoli al reinserimento. Appare piuttosto incistato in una posizione che esclude il reintegro, il che ostacola l'adozione di modalità di coping alternative. Per la Dr.ssa med. _____, al MINI ICF -APP- si sono riscontrate limitazioni moderate a carico della flessibilità e persistenza in attività abituale e lieve dell'assertività. Le stime derivano dalla sola sintomatologia ansioso-depressiva oggettivata. In caso di adattamento

delle attività lavorative, prevedendo compiti meno gravosi sul piano fisico e degli orari, le limitazioni a carico della flessibilità e persistenza sarebbero lievi. L'ex-moglie a beneficio di una rendita AI e l'A. beneficia della Pubblica Assistenza: fattori che limitano la mobilitazione di eventuali risorse. F. Verifica della coerenza Per la Dr.ssa med.

_____, psichiatra consulente, la gravità dei sintomi denunciata non è pienamente plausibile rispetto a quanto obiettivato all'esame psichico e alla strutturazione della giornata descritta. Integrando tali elementi con la valutazione testistica del Dott. _____ si osserva quanto segue. Il punteggio totale del SIMS è ritenuto essere l'indicatore maggiormente sensibile nell'identificazione di potenziali stili di risposta tendenti all'aggravamento/simulazione, tuttavia il cut off tradizionale >14 ha dimostrato un'elevata sensibilità (pochi falsi negativi), ma una specificità insoddisfacente (elevato numero di falsi positivi), per cui studi successivi indicano, che un cut-off > 24 sia vivamente raccomandato qualora somministrato a persone con disturbi psichici. Anche adottando l'interpretazione più prudentiale del punteggio SIMS si evidenzia, comunque, un significativo superamento del cut off (punteggio di 47), che insieme alla tendenza all'overreporting (MMPI-2-RF) e a quanto obiettivato clinicamente porta a concludere per una comunicazione accentuata dello stato di sofferenza depressiva e somatica. Ciò è verosimilmente imputabile in parte ad aspetti personologici, in parte a fattori psico-sociali. (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) Quanto alla capacità lavorativa medico - teorica globale, i medici del _____ hanno ritenuto (pag. 337-339) quanto segue: " G Capacità lavorativa nell'attività svolta finora, in relazione ad un'attività lavorativa svolta al 100% L'A. può raggiungere complessivamente una capacità lavorativa medico-teorica del 35% nell'ultimo impiego di panettiere. H Capacità lavorativa in un'attività adeguata, in relazione ad un'attività lavorativa svolta al 100% In attività lavorativa adeguata, l'A. può raggiungere una capacità lavorativa complessiva medico-teorica del 90%. I Motivazione della capacità e dell'incapacità lavorative complessive (le incapacità lavorative parziali sono interamente o parzialmente addizionabili o non lo sono affatto) Le incapacità lavorative dovute alla patologia somatiche (di pertinenza chirurgico-addominale, neurologica e reumatologica) vanno parzialmente addizionate a quella psichiatrica in quanto gli aspetti di somatizzazione sono peggiorati dalle patologie somatiche. I.1 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo nell'attività svolta Si giustificano i seguenti periodi di incapacità lavorativa: incapacità lavorativa del 100% dal 20.6.2017 all'11.9.2017 per patologia addominale (ernia addominale); incapacità lavorativa del 50% dal 12.9.2017 al 30.11.2017 per miglioramento della patologia addominale; incapacità lavorativa del 100% dall'1.12.2017 al 16.4.2018 (per problematica di fistole anali due volte operate); incapacità lavorativa del 50% dal 17.4.2018 al 30.6.2018 (per persistenza della patologia addominale -ernia addominale-); incapacità lavorativa del 100% dall'1.7.2018 al 31.10.2018 (incapacità lavorativa totale per problemi psichiatrici, così come certificato dalla psichiatra referente Dr.ssa med. _____ e successivamente dal perito Dr. med. _____ per la _____); incapacità lavorativa del 55% dall'1.11.2018 al 30.4.2019 (somma parziale delle incapacità lavorative per motivi psichiatrici del 30% e per motivi di chirurgia addominale del 50%); incapacità lavorativa del 100% dall'1.5.2019 al 31.12.2019 (incapacità lavorativa totale dovuta a patologia reumatologica); incapacità lavorativa del 65% dall'1.1.2020 a continua per somma parziale delle incapacità lavorative per motivi di chirurgia addominale (del 50%), patologia psichiatrica (del 30%), patologia neurologica (del 10%) e patologia reumatologica (del 50%). Le incapacità totali durante le ospedalizzazioni sono incluse in questa evoluzione della capacità lavorativa I.2 Descrivere

l'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo in un'attività adatta In attività lavorative adatte si giustificano i seguenti periodi di incapacità lavorativa: - incapacità lavorativa del 100% dal 20.6.2017 all'11.9.2017 per problematica di chirurgia addominale; - incapacità lavorativa dello 0% dal 12.9.2017 al 30.11.2017 per miglioramento della patologia chirurgico-addominale; - incapacità lavorativa del 100% dall'1.12.2017 al 16.4.2018 (peggioramento di chirurgia addominale con presenza di fistola anale recidivante operata due volte); - incapacità lavorativa dello 0% dal 17.4.2018 al 30.6.2018; - incapacità lavorativa del 100% dall'1.7.2018 al 31.10.2018 per patologia psichiatrica, così come certificato dalla Dr.ssa med. _____, referente psichiatria, e dal Dr. med. _____, perito psichiatra per _____); - incapacità lavorativa del 10% dall'1.11.2018 e continua con riduzione della capacità lavorativa del 10%, dovuta a patologia psichiatrica. Va considerata una incapacità lavorativa totale dal 31.10.2019 al 18.11.2019 per ospedalizzazione psichiatrica alla Clinica _____." (n.d.r.: il grassetto non è della redattrice) 2.8.10. Nel rapporto finale del 12 gennaio 2021, il medico SMR, dr. med. _____, ha sostanzialmente ripreso le diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa rispettivamente le inabilità lavorative in attività abituale e adeguata e le limitazioni funzionali stabilite dai periti del _____ (pag. 465-469 incarto AI). 2.8.11. Davanti al TCA, il patrocinatore del ricorrente ha prodotto il rapporto medico del 3 marzo 2021 della dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. A4), giusta il quale: " (...) Rapporto medico-psicologico e riflessioni sulla perizia psichiatrica della dr.ssa _____. Con il presente rapporto medico intendo riflettere sullo stato attuale del paziente ed entrare nel merito della Perizia psichiatrica sopraccitata. L'assicurato, a tuttora presenta una condizione di sofferenza psicologica oltremodo grave e uno stato depressivo e ansioso persistente. Seguo il paziente con regolarità e questo rapporto si basa sia sulla lettura della Perizia della dr.ssa _____, sia su una rivalutazione anamnestica accurata e sia su tre incontri con l'Assicurato avvenuti nel mese di febbraio, per la durata oltre 200' (il 19/2/2021; il 24/2/2021 e il 26/2/2021). Stato psichico attuale (...). Diagnosi psichiatrica • Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di grado medio-grave • Sindrome ansiosa • Sofferenza di personalità di tipo anancastico Psicofarmacologica in corso • Fluoxetina 20 mg 1-0-0-0 • Tranxilium 10 mg 1 cp die Condizione soggettiva (...). A livello intestinale- anale è sempre disturbato, con dolori e fastidi continui e alterazioni costanti dell'alvo oltre a incontinenza fecale: tutto questo ha un impatto altamente negativo sul suo stato psicologico. Soffre di costanti "perdite di materiale fecale" di tipo liquido e questo lo fa sentire estremamente depresso, con vissuti di umiliazione e vergogna. Giornata: sta in casa, pressoché tutto il giorno, per stanchezza, rabbia e tristezza. Cammina un po', avanti e indietro, per vissuto di grande nervosismo, guarda un poco la TV ma non riesce granché a concentrarsi. (...). Osservazioni sulla perizia della dr.ssa _____ Dapprima mi riferisco alla Diagnosi Psichiatrica indicata sulla lettera di dimissione della Clinica _____: i medici che hanno seguito con cura il paziente per quasi 1 mese hanno posto la diagnosi di Sindrome depressiva ricorrente (ovvero vi sarebbe nella storia clinica del paziente un primo episodio depressivo e un secondo episodio depressivo, distanziati da un periodo di stabilità psichica). Io stessa confermo questa tesi diagnostica, che si basa su rilievi anamnestici, anche confermati dalla lettera di dimissione di una autorevole clinica presso cui il paziente ha ricevuto cure ed è stato a lungo osservato. L' Assicurato infatti riferisce che nel 2015 ha presentato un vissuto di Mobbing nella panetteria e ha presentato una problematica depressiva reattiva con intenso nervosismo, vissuto di pressione, ansietà e sfinimento generale. Si era manifestato un vissuto di intenso malessere e quindi

configurabile come uno stato Depressivo di grado medio; ne aveva parlato anche con il suo medico di famiglia. Si sono poi svolti molti conflitti con il capo, minacce da parte sua, vissuto di umiliazione, e tale situazione è perdurata per oltre 1 anno. Nel giugno 2017 L'Assicurato è entrato in malattia per via delle fistole anali e da allora sono ulteriormente peggiorate anche le condizioni psicologiche. Da dopo gli interventi chirurgici, per la situazione addominale e anale, anche lo stato psichico conseguentemente peggiorato ulteriormente. Francamente mi stupisce che la Perita dott.ssa _____ "scarti" a priori la diagnosi dei Colleghi della _____. Tra l'altro, nella lettera di dimissione della _____, è chiaramente spiegato che l'onset psicopatologico dell'A. sarebbe avvenuto alcuni anni prima del licenziamento, ovvero nel 2015, in seguito a intensi vissuti di pressione lavorativa. Per le ragioni sopraesposte anche io confermo la diagnosi di Sindrome depressiva ricorrente. MINI ICF APP Mi riferisco alla valutazione MINI ICF e i risultati della Perita _____, che appaiono in molti punti in netto contrasto alla effettiva situazione dell'Assicurato in base alla mia osservazione clinica prolungata. 2. Organizzazione dei compiti : disabilità grave! Per le modalità ritirate di routine quotidiane e per la fatica a svolgere le normali attività della quotidianità, a causa dello stato depressivo e somatico. 4 Competenze : disabilità rilevante! Vi è infatti la condizione depressiva e la modalità ideativa e rimuginativa e il vissuto di essere "cambiato" anche in relazione ai problemi fisici e di incontinenza fecale costanti che influenzano pesantemente lo stato psichico. 5.Giudizio : disabilità grave! Per il vissuto di rabbia, disforia, isolamento e modalità proiettive, che creano un intenso e costante malessere e ritiro relazionale. 6. Persistenza : Disabilità è grave per i disturbi intestinali e le intense algie croniche. 8.Contatto con gli altri : grave disabilità. È spesso nervoso, molto irritabile, si isola perché non riesce stare con gli altri e subito "si infiamma" (con amici e paesani), per un vissuto di rabbia, di vergogna, per la propria condizione di salute. Non ha amici, da quando ha smesso di lavorare ha un carattere che si è modificato, si arrabbia facilmente, per vissuti depressivi e di vergogna. I problemi fecali-intestinali hanno ulteriormente peggiorato la situazione psichica e relazionale. 10.Relazioni intime : grave disabilità, non ha più desideri in questo senso, libido assente e ha un profondo vissuto di vergogna e umiliazione, sia per le ragioni di disfunzione fecale, sia per motivi legati allo stato Depressivo. 11.Attività spontanee : estrema difficoltà, dato che negli ultimi 4-5 anni si è completamente isolato dal mondo e dalle relazioni, per ragioni correlate allo stato depressivo e al vissuto di rabbia. Contestazioni sull'esecuzione del Test MMPI Lo Psicologo che ha somministrato il test MMPI, quel giorno ha effettuato l'incontro preliminare via skipe, già questo elemento è da considerarsi complesso per il paziente, come da lui a me riferito, perché ha molto complicato l'espletamento e la comprensione del test. L' Assicurato non si è sentito supportato, né aiutato dallo Psicologo e non ha ben compreso le istruzioni per affrontare il test. L' Assicurato mi ha riferito che è stato molto difficile effettuare il test, non comprendeva le domande nella loro struttura. Non aveva portato con se gli occhiali, li aveva dimenticati a casa; non era stato avvertito della necessità di portare con sé gli occhiali o che ci fosse da leggere o da scrivere, né tantomeno che dovesse effettuare un test scritto. Solo negli ultimi minuti prima della fine dell'esecuzione del test, l'Assicurato ha chiesto in prestito un paio di occhiali alla Segreteria. E' stata tra l'altro la Segretaria stessa si è accorta che il paziente aveva gli occhi molto arrossati e gli ha chiesto se avesse bisogno di qualcosa, per esempio di occhiali (e solo a quel punto, verso la fine del test, glieli avrebbe prestati). Quel giorno del test l'Assicurato presentava dei disturbi neurologici legati ad una condizione di paralisi di Bell di recente insorgenza (che avrebbe dovuto invalidare il test

stesso) e questo peggiorava il suo stato psichico, la lettura e il suo stato mentale. L'Assicurato ha impiegato più di due ore a svolgere il test, perché non riusciva a capire il testo, non leggeva bene il testo sia per motivi di comprensione del testo, sia perché non aveva portato con sé gli occhiali, si sentiva nervoso, non si sentiva preparato a rispondere a quella complessità; c'erano parole il cui significato era per lui assolutamente incomprensibile e per lo più non riusciva a rispondere adeguatamente con VERO o FALSO non riusciva a interpretare la domanda. Tra l'altro lo stesso giorno del tests, alle h. 16.00 l'Assicurato ha dovuto andare a _____ per una altra visita peritale presso il dr. _____ alle h. 16.00!! Questo altro appuntamento ha creato molta allerta e angoscia al paziente, che si è sentito in dovere di sbrigarsi a terminare i tests MMPI nel tempo più rapido. Ritengo che questa modalità di organizzare le visite peritali per i peritandi sia molto poco etica e svilente e molto affaticante e a mio giudizio invalida completamente il risultato del test. Ricordo che il paziente ha frequentato la terza elementare in terra portoghese (e non in Lingua italiana) e la terza classe peraltro NON l'ha neppure terminata, e quindi non ha ottenuto il Diploma di Scuola Elementare! Non ha terminato gli studi perché doveva lavorare nella azienda agricola del padre e così era sempre affaticato e stanco a scuola a volte dormiva in classe! Ha svolto l'apprendistato di panettiere in _____, tutto a livello solo pratico. Ha a tuttora rilevanti difficoltà di lettura, in italiano, legge lentamente e con estrema difficoltà comprende testi semplici scritti in italiano. Non vi sono, a mio avviso e secondo la mia osservazione clinica e psicopatologica di questi mesi, temi narcisistici in senso patologico, né tantomeno impulsivi, semmai possiamo parlare di una struttura anancastica, con altissimo ideale del Se. La complessa problematica somatica dei dolori articolari e delle dis-funzioni dell'alvo appare completamente obliata dalla perita _____, o quanto meno non emerge dalla sua perizia e questo appare per me incomprensibile: la Perita _____ sembra aver accantonato gli influssi psichici della difficoltà del paziente rispetto ai disturbi anali e fecali e il loro impatto sulle relazioni intime, affettive e sociali e professionali. Per le ragioni sopraesposte, ritengo che i risultati del MMPI sarebbero da invalidare. Per le considerazioni fin qui esposte, ritengo che l'Assicurato presenti una seria condizione depressiva (Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodica di grado medio-grave), di ritiro sociale e grave isolamento relazionale, correlato alla patologia anale post-operatoria, che vive come invalidante e una vera e propria disabilità. Per le ragioni sopraesposte confermo la inabilità lavorativa attuale dell'Assicurato per la parte psichiatrica, in misura del 100%." (doc. A4, pag. 1-6; n.d.r. : il grassetto, il corsivo e le sottolineature non sono della redattrice) Davanti al TCA, il rappresentante dell'insorgente ha prodotto anche il rapporto medico 22 febbraio 2021 del dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale e medico di famiglia dell'assicurato (doc. A 5), giusta il quale: " (...). Per le patologie di fistole anali diagnosticati nel 2016, motivo per la quale il paziente ha subito più interventi chirurgici dal Dr. _____ e Dr. _____, credo che non possa influire più di tanto sull'attività lavorativa del Signor RI 1, anche se un'incontinenza fecale in un paziente che sta nel campo alimentare "panettiere" credo che sia un fattore di disagio ed ostacolo al lavoro per motivi di igiene. Per la problematica riguardante la colonna lombare che è stata diagnosticata un'ernia discale L5 lussata nel 2019, dove é stata eseguita una sequestrectomia a livello di L4-L5 a 07/2019 e dove alla visita di controllo segnalavano che la situazione era nettamente migliorata con una deambulazione simmetrica senza deficit di forza muscolare, sintomatologia migliorata, confermata anche alla visita con il neurologo Dr. _____, sempre nel 2019. Credo che il problema neurologico causato dall'ernia discale sia stato

risolto con l'intervento. Mi soffermerei piuttosto sulla questione psichica, che è stata valutata per la prima volta dalla Dr.ssa _____ il 30.07.2018, dove veniva posta diagnosi di una sindrome ansioso-depressiva endoreattiva a problemi di natura socio-professionale, e sempre la Dr.ssa _____ il 17.09.2018 scriveva "qual ora dovesse perdere le IPG la situazione economica precaria che si verrà a creare potrebbe destabilizzare ulteriormente il quadro clinico". Quindi la Dr.ssa _____ non escludeva un peggioramento della situazione. Anche il Dr. _____ in data 26.09.2018 confermava la presenza di uno stato ansioso-depressivo, dove scriveva "non sono tuttavia escluse resistenze anche per ragioni psico-sociali". Concetto confermato anche dall'attuale psichiatra Dr.ssa _____, che in data 21.01.2021 mi scrive (vedi allegato); il paziente presenta una rilevante condizione depressiva-ansiosa ed insonnia e lo stato attuale non appare compatibile con una ripresa lavorativa. Dal punto di vista mio, come medico di famiglia, posso confermare un aggravamento della condizione psichica del paziente, aggravamento portato in parte dalle condizioni economiche del paziente in questione che sembrerebbero peggiorate, come aveva previsto la Dr.ssa _____ e il Dr. _____ negli anni precedenti. Sono convinto che l'incontinenza fecale in un paziente che lavora nell'ambito alimentare possa aver portato grandi disagi e che, il successivo licenziamento e le condizioni economiche che sono andate a peggiorare, abbiano influito negativamente sulla patologia di depressione e ansia. Trovo quindi indicata, sulle base dell'anamnesi sul rapporto inviatomi dalla sua attuale psichiatra, una nuova rivalutazione da parte dell'Al in quanto le condizioni psichiche sono peggiorate." (doc. A5, pag. 1 e 2) 2.8.12. Con la risposta del 18 giugno 2021 l'UAI ha prodotto il comple-mento peritale del _____ del 27 maggio 2021 (doc. V-1), che include la presa di posizione del 13 maggio 2021 dello psico-logo _____ e la presa di posizione del 21 maggio 2021 della perita psichiatra. Lo psicologo ha osservato segnatamente quanto segue: " (...) ho riesaminato i test relativi all'assicurato RI 1, nello specifico il test MMPI2 RF e il test SIMS. In ambedue i reattivi l'assicurato ha evidenziato una tendenza ad esagerare la sintomatologia i. Il test SIMS inoltre è strutturato per individuare i tentativi di simulazione e il punteggio finale è ben oltre il punteggio limite di 14 collocandosi su un punteggio di 47. Nel test MMPI2RF ben 5 scale su 5 indicanti l'esagerazione dei sintomi sono risultate oltre la norma mentre le due scale che segnalano il tentativo di presentarsi in modo migliorativo risultano ben sotto il limite. Quindi la confusione sia per il MMPI che per II SIMS ha coinvolto solo le scale che segnalano o enfatizzano la patologia. Le scale VRIN e TRIN che segnalano eventuali incoerenze o difficoltà di comprensione sono nella norma' L'annullamento del MMPI2RF richiesto dall'assicurato è stato in parte soddisfatto poiché l'interpretazione di un test con numerose scale di validità superiori alla norma non è possibile, come indicato a suo tempo. Rimane solo la nota relativa all'esagerazione dei sintomi. Considerando la particolarità del periodo e le necessarie modalità di somministrazione, non posso escludere che il sig. RI 1 non abbia trovato il modo di manifestare in modo adeguato il suo disagio legato alla lettura, anche se nella lettera di convocazione è specificato di dotarsi di occhiali là dove necessario. Concludendo, i dati a mia disposizione non giustificano l'annullamento del test tuttavia è indubbio che le modalità di somministrazione abbiano risentito dell'eccezionalità del periodo." La perita psichiatra ha osservato segnatamente quanto segue: " (...) 2. Rispondo con le seguenti osservazioni allo scritto della dr.ssa med. _____, psichiatra Il suo rapporto è riportato essere basato su tre elementi: una rivalutazione dell'anamnesi, riflessioni relative alla mia perizia, tre incontri con l'assicurato a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro, in data 19.02, 24.02 e 26.02.2021 per un totale di 200 minuti. I primi due

elementi, di per sé, non aggiungono eventi clinici nuovi rispetto alla mia valutazione peritale del 11.05.2020 ma verranno comunque presi in debita considerazione. Il terzo elemento è costituito da incontri avvenuti in epoca posteriore alla mia valutazione, quasi ad un anno di distanza. • Mi soffermo dapprima su questo terzo elemento osservando come la curante non riporti un peggioramento intercorso tra la mia valutazione peritale del maggio 2020 e la sua ultima valutazione di febbraio 2021: " l'assicurato, a tuttora presenta una condizione di sofferenza psicologica oltremodo grave ed uno stato depressivo ansioso persistente ". (...). Dunque oltre a non imputare il quadro osservato ad un peggioramento successivo alla mia valutazione e a descrivere sintomi contraddittori, pare poco spiegabile il fatto che, a fronte di una sì grave sintomatologia, come quella descritta, con marcati disturbi biologici tra cui del sonno, la terapia ipnoinducente sia rimasta invariata, né implementata né rimaneggiata nella molecola, mentre quella antidepressiva risulta addirittura diminuita rispetto a quanto emergeva nella mia valutazione peritale del maggio 2020 con passaggio di Fluoxetine da 40 a 20 mg/die. Peraltro, oltre a diminuire le terapie, non sono intercorse altre variazioni nel setting trattamentale (es. assenza di ricoveri stazionari). • La curante torna poi nello specifico a contestare la diagnosi posta dalla scrivente di Sindrome ansioso-depressiva con aspetti di somatizzazione (ICD 10 F41.2), evoluzione da precedente sindrome da disadattamento reazione mista ansioso-depressiva in tratti narcisistico-impulsivi . Ricordo, come già nel colloquio telefonico intercorso in data 4.05.2020, riportato in perizia alla pagina 18 (paragrafo informazioni da terzi), aveva manifestato il suo disallineamento diagnostico rispetto al perito e l'accoglimento della diagnosi posta nell'ambito del ricovero stazionario presso la Clinica _____, ovvero di sindrome depressiva ricorrente. Preciso che tale diagnosi non è stata affatto scartata "a priori": al contrario, come ogni altra diagnosi risultante agli atti, è stata oggetto di attenta valutazione e vaglio, attraverso un'analisi di decorso che ha tenuto conto tanto del riferito anamnestico dell'assicurato quanto dell'interesse dei documenti presenti. (...). Si conferma, dunque, che problematiche lavorative con percezione di maggior stress e scarso riconoscimento da parte del datore di lavoro erano state segnalate in precedenza ma non erano tali da configurare uno scompenso psichiatrico. Anche ammettendo una condizione di disagio emotivo reattivo a problemi lavorativi e mobbing nel 2015, possibile alla luce del lavoro stressante e delle caratteristiche personalistiche emerse, non vi è evidenza alcuna di stress in carico specialistica, trattamenti specifici o inabilità lavorativa psichiatrica. Per questi motivi si ritiene che questa nozione ricostruita a posteriori, non condivisa in modo unanime agli atti, non confermata in sede peritale dalla fonte diretta, non sia sufficiente a porre diagnosi di episodio depressivo che è un disturbo piuttosto invalidante tra i cui criteri vi è anche la riduzione del funzionamento generale. Alla luce di ciò si conferma l'assenza di elementi anamnestici sufficientemente probanti in favore di episodi depressivi occorsi nel periodo antecedente il 2018. Dopo il 2018 si registra l'esordio di una sindrome da disadattamento con sintomi ansioso depressivi, precipitata dal licenziamento, che ha assunto poi un andamento persistente nel tempo, sostenuto sia da fattori di tipo personalistico preesistenti (narcisistico impulsivi)- ohé da fattori estranei al campo della psicopatologia (precarità delle condizioni economiche, controversie assicurative). • In merito alla differente valutazione del Mini ICF app la dr.ssa _____ evoca quale causa delle disabilità una sintomatologia depressiva di gravità differente, anche se non dichiaratamente imputabile ad aggravamento, da quella valutata dalla scrivente nella perizia di maggio 2020. Rispetto all'organizzazione dei compiti : si ribadisce che la descritta giornata rivelava, pur all'interno di un comportamento di risparmio compatibile con la posizione di malato, una sua strutturazione con capacità di

prevedere tempi e priorità per le diverse mansioni. Rispetto alle competenze : non si riscontravano compromissioni cognitive in grado di inficiare la fruizione di quelle già apprese (non ci si pronunciava in merito ai problemi di incontinenza che ricadevano in altro ambito di specialità e che al momento egli riferiva comunque in fase di miglioramento). Giudizio : la collega cita uno stato di marcata reattività ("rabbia, disforia") che contrasta con l'asserita assenza di mancanza di reattività emozionale e che comunque non era tale da giustificare un'alterazione delle capacità di giudizio e dell'esame di realtà. In merito alla persistenza è stata dalla scrivente stimata una compromissione riferibile esclusivamente al campo di pertinenza psichiatrico (dunque tenuto conto del riferito di stanchezza, debolezza, somatizzazioni). Nel contatto con gli altri : la curante evoca nuovamente la marcata irritabilità che si ribadisce pur presente non era pervasiva e generalizzata ma limitata alle parti coinvolte nelle controversie (medici vari ed assicurazioni). Nelle relazioni intime : l'assicurato manteneva ottimi rapporti con la figlia e con almeno due conoscenti. Nelle attività spontanee non si rilevavano modifiche rilevanti rispetto riferito funzionamento precedente. Non emergevano hobby preesistenti o attività del tempo libero precedentemente svolte e poi abbandonate. • Rispetto alle contestazioni sulla testistica eseguita dallo psicologo sig. _____ purtroppo non posso entrare nel merito della situazione in cui questa si è svolta in quanto è stata da altri effettuata. Posso solo osservare che, di regola, lo psicologo valuta attraverso un colloquio preliminare la capacità degli assicurati di svolgere il test, tenendo conto anche di variabili come la scolarità ed il livello di comprensione. Nello specifico non sono state segnalate difficoltà di soda; leggo nel suo rapporto che: " l'assicurato si è presentato allo studio puntuale e collaborante con esame cominciato alle

E. 12

e terminato alle 14 ". Se quel giorno fossero poi presenti condizioni mediche che ne inficiavano l'esecuzione non ci è noto, in quanto non sono segnalate allora né è stata prodotta, in data posteriore, una certificazione medica. Riguardo i test contestati ricordo che il protocollo MMPI RF è risultato completo e consistente (scale Vin-r e Trin-r) mentre rispetto all'accuratezza 5 scale su 5 indicavano una tendenza ad esagerare i sintomi tale da rendere, nel complesso le altre scale, non interpretabili. Analogamente il SIMS ha rilevato un punteggio di 47 che è ben superiore non solo al cut off tradizionale > 14 ma anche, largamente, a quello più prudenziale > 24. Preciso che la testistica psicologica non ha di per sé una valenza assoluta ma costituisce semplicemente uno degli elementi che, insieme a tutti gli altri, concorre alla valutazione finale. Nello specifico, quanto oggettivato alla valutazione diretta, emerso dagli atti e dal riferito, da ultimo dai risultati convergenti dei due test, sono elementi che, considerati nel loro insieme, indicano la presenza di una tendenza all'accentuazione della sofferenza le cui motivazioni sono da ricondursi tanto ad aspetti personologici preesistenti quanto ai fattori psicosociali già citati. • In merito ai tratti personologici sotto soglia si è già discusso sopra; peraltro "l'altissimo ideale di sé" evocato dalla curante conferma la vulnerabilità narcisistica chiaramente descritta dall'assicurato stesso, anche in ambito lavorativo. • Infine, non si ritiene di avere "completamente obliato la complessa problematica somatica dei dolori articolari e delle disfunzioni dell'alvo". Per quanto attiene gli effetti diretti delle problematiche somatiche sulla CL, si rimanda alle valutazioni effettuate dagli altri specialisti in ambito _____. In merito all'impatto di tali problematiche sull'assetto psichico se ne è debitamente tenuto conto, come si può riscontrare ai paragrafi 3.3 alla pagina 15 (sintomi soggettivi) e 4 alla pagina 17 (referto psichico), nonché a livello diagnostico, esprimendosi in favore di una sindrome ansioso depressiva con aspetti di somatizzazione (questi già noti all'esordio, come riportato dalla

precedente curante psichiatra). In conclusione, per tutte le ragioni sopra esposte, confermo le conclusioni della mia valutazione peritale.” (pag. 4-8 della presa di posizione del 21 maggio 2021 allegata al doc. VI-1; n.d.r.: il grassetto, il corsivo e le sottolineature non sono della redattrice) 2.8.13. In seguito, sono stati versati agli atti svariati rapporti medici della dr.ssa med. _____ (la quale ha puntualizzato, tra l’altro, che 1) la terapia psico-farmacologica era stata modificata nell’aprile 2020 a causa del “ peggioramento dei sintomi algici addominali, alterazioni di valori epatici e rilevanti disturbi all’alvo ”: cfr. rapporto medico del 12 luglio 2021 di cui al doc. B, pag. 9; n.d.r.: il grassetto non è della redattrice; e che 2) “ L'A. a tuttora è estremamente condizionato nel corso della sua giornata dalle "perdite anali" e una vera e propria incontinenza fecale e dolori anali: tutto ciò si può ben immaginare quanto possa apparire fortemente disturbante e intralciante per l’A.: produce infatti un impatto invalidante sia negli ambiti relazionali-intimo-sessuali, sia nell’ipotesi di una attività lavorativa. Pertanto, nel caso dell’A. non si tratta di "somatizzazioni" bensì di conseguenze severe di interventi chirurgici reiterati, in un’area ultrasensibile ed estremamente delicata, con sequele anali e di incontinenza fecale e una persistente problematica di perdita liquidi maleodoranti (per cui l’A. necessità addirittura di un pannolone !!) e tutto ciò è estremamente impattante in senso negativo sulla qualità della Vita dell’A. Qui non stiamo affatto parlando di "sintomi che non possono essere spiegati da una patologia somatica sottostante", bensì di disturbi anali gravi, prodotti da ripetuti interventi chirurgici che purtroppo non sono andati a buon fine (mi riferisco agli scritti dei chirurghi che già si sono espressi in proposito) ”: cfr. rapporto medico del 25 settembre 2021 di cui al doc. C, pag. 7; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice) e le rispettive prese di posizione della perita psichiatra accluse ai complementi peritali del _____ citati nei fatti (cfr. consid. 1.10-1.16), ove le specialiste in questione si sono sostanzialmente riconfermate nelle proprie valutazioni psichiatriche. 2.9. 2.9.1. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, rileva innanzitutto di non avere motivo per mettere in dubbio le singole valutazioni operate dai periti del _____ in ambito internistico , reumatologico , chirurgico e neurologico . Tali rapporti sono dettagliati ed approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.6. Il TCA constata, infatti, che i periti del _____ hanno tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall’assicurato ponendo le diagnosi concernenti l’insieme dei disturbi dell’interessato, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un’analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti (anche specialisti). Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l’operato di tali medici. In conclusione, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse - dal profilo somatico - dai periti dell’amministrazione, che hanno proceduto ad una visita personale accurata dell’assicurato, sono specialisti delle materie che qui ci occupano e vantano pure un’ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Occorre qui rilevare 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 (cfr. STF 8C_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che non si avvera nel caso di specie. 2.9.2. Dalle tavole processuali emerge tuttavia che l’assicurato soffre pure da svariati anni ormai, segnatamente dal 2018, di una sintomatologia caratterizzata da episodi di diarrea, incontinenza rettale e impellenza alla defecazione - che risulta pure dal referto peritale del 18 dicembre 2020 del _____ (“ Per quanto riguarda l’anamnesi patologica, rilevanti sono le patologie nella sfera

psicologica, gastrointestinale e muscoloscheletrica. Per quanto riguarda l'aspetto gastroenterologico e proctologico in un primo tempo l'incapacità lavorativa totale dell'A. è legata ad una problematica di ernia ombelicale, con diastasi della muscolatura dell'addome, situazione discussa con il chirurgo Dr. med. _____, il quale indica un'attitudine conservativa. Successivamente dopo un periodo d'incapacità lavorativa al 50% l'A. presenta una fistola anale, per la quale il Dr. med. _____ ha proposto una sanazione chirurgica che è stata effettuata il 6.12.2017. Qualche mese dopo l'intervento l'A. presenta una sintomatologia d'incontinenza fecale per la quale è stato nuovamente inviato al Dr. med. _____ per valutazione. Il 16.3.2018 l'A. è stato sottoposto ad ulteriore intervento chirurgico di revisione della fistola anale. ”; cfr. pag. 322 e 323 incarto AI) - ma che non figura né tra le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa né tra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa indicate dai periti al punto B della perizia (pag. 335 incarto AI), già riportato integralmente al consid. 2.8.9. Gli atti devono quindi essere ritornati ai periti del _____ affinché – previo aggiornamento degli atti medici - accertino in maniera completa ed esaustiva anche questo aspetto somatico - che deve risultare dalla diagnosi globale (con o senza influsso sulla capacità lavorativa) e precisino pure le limitazioni e le conseguenze sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato (in particolare, in attività adeguate) ad esso riconducibili (in particolare, a decorrere dal 1° novembre 2018). A questo proposito giova qui ricordare la STCA 32.2016.35 del 13 febbraio 2017, consid. 2.2 e la STCA 32.2014.108 del 15 giugno 2015, consid. 2.4. Dalle tavole processuali emerge pure che l'assicurato ha subito un intervento neurochirurgico alla colonna lombare il 5 luglio 2019, segnatamente una sequestrectomia L4-L5 a destra a causa di una ernia discale L4-L5 lussata cranialmente determinante radicolopatia L4 a destra, che risulta pure dal referto peritale del 18 dicembre 2020 del _____ (cfr. pag. 323 incarto AI) e che figura tra le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa indicate dai periti al punto B della perizia (pag. 335 incarto AI), già riportato integralmente al consid. 2.8.9. A questo proposito il TCA rileva che nel referto del 18 marzo 2020 (pag. 378-384), relativo al consulto specialistico del 17 marzo 2020, già riportato integralmente al consid. 2.8.7 - e dal quale questa Corte non ha motivo di scostarsi (cfr. consid. 2.9.1) - il dr. med. _____ ha valutato, dal profilo neurologico, una capacità lavorativa dal 1° ottobre 2019 del 90% (presenza a tempo pieno con riduzione del rendimento del 10%) nell'attività abituale e del 100% in attività adeguate, precisando, per il periodo precedente, quanto segue per l'attività abituale “ Il paziente ha avuto un periodo di incapacità lavorativa nella fase perioperatoria in luglio 2019. La fase più acuta si era sviluppata in giugno 2019 e possiamo ritenere che almeno fino al 30 settembre 2019 il paziente era inabile al lavoro al 100%. A partire dal primo ottobre 2019 la situazione neurologica era complessivamente stabilizzata e abbastanza favorevole per cui l'indicazione di una incapacità lavorativa del 10% dal punto di vista neurologico vale a partire dal 1° ottobre 2019 ” (pag. 383 incarto AI) rispettivamente per le attività adeguate: “ Il paziente ha avuto un periodo di incapacità lavorativa nella fase perioperatoria in luglio 2019. La fase più acuta si era sviluppata in giugno 2019 e possiamo ritenere che almeno fino al 30 settembre 2019 il paziente era inabile al lavoro al 100% per qualunque attività. A partire dal primo ottobre 2019 vale una capacità lavorativa del 100% anche in attività adatta. ” (pag. 384 incarto AI). Quanto alla capacità lavorativa medico - teorica globale, i periti del _____ hanno ritenuto nell'attività abituale un’“ incapacità lavorativa del 100% dall'1.5.2019 al 31.12.2019 (incapacità lavorativa totale dovuta a patologia reumatologica) ” rispettivamente in attività adatte un’“ incapacità lavorativa del 10% dall'1.11.2018 e continua con riduzione della

capacità lavorativa del 10%, dovuta a patologia psichiatrica. Va considerata una incapacità lavorativa totale dal 31.10.2019 al 18.11.2019 per ospedalizzazione psichiatrica alla Clinica _____.” (pag. 337-339 incarto AI). Gli atti devono, quindi, essere ritornati ai periti del _____ affinché accertino in maniera completa ed esaustiva le limitazioni e le conseguenze sulla capacità lavorativa dell’assicurato (in particolare, in attività adeguate) riconducibili all’ernia discale L4-L5, lussata cranialmente determinante radicolopatia L4 a destra nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2019 e il 4 luglio 2019, ritenuta una inabilità al lavoro al 100% per qualunque attività (abituale e adatta) dal 5 luglio 2019 (intervento chirurgico di sequestrectomia L4-L5 a destra) fino al 30 settembre 2019, come indicato dal perito neurologo nella propria valutazione del 17 marzo 2020 (cfr. pag. 383 e 384 incarto AI). 2.9.3. In siffatte circostanze, tenuto conto pure dei disturbi psichici di cui soffre l’assicurato, prima di emettere una nuova decisione relativa al diritto alla rendita del ricorrente (che segnerà, se del caso, il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3; STCA 32.2018.169 del 20 agosto 2019, consid. 2.4), l’amministrazione dovrà incaricare il _____ - previo aggiornamento degli atti medici dal profilo psichiatrico - di eseguire una perizia psichiatrica di decorso, al termine della quale la perita psichiatra - tenuto pure conto del complemento peritale della valutazione dal punto di vista somatico che il _____ è chiamato a eseguire in base al consid. 2.9.2 - valuterà pure se modificare o meno la propria valutazione dell’11 maggio 2020, in particolare con espresso riferimento alla capacità lavorativa residua (in particolare, in attività adeguate) a far tempo dal 1° novembre 2018. In tale contesto, verranno pure effettuati nuovamente gli esami psicodiagnostici (MMPI-2-RF e SIMS) dallo psicologo _____ (in presenza e non via Skype). Quanto alla censura del 29 settembre 2021 dell’avv. RA 1, giusta il quale “ l’UAI, nella misura in cui ha ritenuto necessario chiedere nuovamente il parere di uno specialista, avrebbe dovuto interpellarne uno diverso, posto come d’ingresso era evidente che al Dr.ssa _____ avrebbe riconfermato una posizione già ribadita a più riprese ” (doc. XVI, pag. 1), si rinvia alla STCA 32.2020.42 del 21 dicembre 2020 consid. 2.10, nota al patrocinatore del ricorrente. Quanto alla richiesta di esperimento di una perizia giudiziaria, avanzata in questa sede dal patrocinatore dell’assicurato il 29 settembre 2021 a causa della “ presenza di una differente valutazione del caso da parte delle due specialiste che indicano due diverse diagnosi ” (cfr. doc. XVI, pag. 1 e 2), ribadita il 29 novembre 2021 permanendo “ una netta discrepanza di posizione tra le due specialiste senz’altro atta a far nascere più di in ragionevole dubbio in merito alle conclusioni del perito assicurativo ” (cfr. doc. XXII, pag. 1 e 2), questo Tribunale rileva quanto segue. Le perizie affidate dagli assicuratori sociali, come nel caso di specie - secondo la procedura dell’art. 44 LPGa - a medici esterni all’amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l’affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1° febbraio 2021, consid. 2.2.4; STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8; STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 20212 consid. 2.4.6). Giova qui rilevare pure che, nella recente STF 9C_532/2020 del 13 ottobre 2021, al consid. 4.1, l’Alta Corte ha ribadito che: “ Di principio, l’avviso dei medici curanti deve essere trattato con la necessaria prudenza a causa dei particolari legami che esse hanno con il paziente, per cui, secondo, esperienza comune, il medio curante propende generalmente, in caso di dubbio, a favore del paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa e 3b/cc)”. (cfr., pure, STCA 35.2021.74 del 29 novembre

2021, consid. 2.8; STCA 35.2021.66 del 17 gennaio 2022, consid. 2.10.1 e STCA 35.2021.81 del 7 febbraio 2022, consid. 2.4.4) Quanto al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi - oltre a rinviare alla DTF 136 V 376 citata al consid. 2.4 - va qui osservato che l'assicurato (come visto, preventivamente reso attento circa il nome dei periti e segnatamente la necessità di una perizia pluridisciplinare con test psicodiagnostici eseguiti dallo psicologo _____) non ha sollevato alcuna obiezione in merito nel termine assegnatogli, né ne ha chiesto la ricusa, né ha domandato di essere esaminato da altri medici. Giova qui ricordare che il Tribunale federale, nella STF 8C_17/2018 del 15 febbraio 2018, in un caso concernente l'assicurazione contro gli infortuni e confermando il giudizio di questo Tribunale, ha, in particolare, rilevato che "(...) rettamente la Corte cantonale ha ricordato che, sulla base del principio della buona fede, la parte che ha conoscenza di un motivo di ricusazione deve invocarlo senza indugio e non soltanto quando, come in concreto, l'esito della procedura le sia sfavorevole, pena la decadenza del diritto di avvalersene (DTF 139 III 120 consid. 3.2.1 pag. 124; 138 I 1 consid. 2.2 in fine pag. 4, in modo particolare in materia di assicurazioni sociali: DTF 132 V 93 consid. 7.4.2 pag. 112). (...))" (STF 8C_17/2018 del 15 febbraio 2018, consid. 3.3). Ritenuta la necessità di una perizia di decorso per gli aspetti di natura psichiatrica, essa dovrà essere eseguita dalla perita psichiatra del _____ di _____ che ha effettuato la valutazione dell'11 maggio 2020. A questo proposito, giova qui ricordare che il Tribunale federale, nella sentenza 9C_1032/2010 del 1° settembre 2011 consid. 4.1, ha precisato che risulta giustificato e che può anzi accrescere il valore risolutivo di una perizia di decorso, il fatto che l'evoluzione dello stato di salute intervenuta nel frattempo venga accertata e valutata dagli stessi periti medici che si erano già in precedenza confrontati con la fattispecie. La giurisprudenza di cui alla STF 9C_1032/2010 del 1° settembre 2011 è stata confermata dal TF anche nelle STF 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 al consid. 5.2, 8C_665/2015 del 21 gennaio 2016 al consid. 4.2 e 9C_441/2014 del 18 giugno 2014 al consid. 2.2.2 (cfr. STCA 32.2017.135 del 23 maggio 2018, consid. 2.8.2.3; STCA 32.2019.219 del 17 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). Il TCA sottolinea che, nell'ambito della valutazione peritale psichiatrica di decorso, la capacità lavorativa dell'assicurato dovrà essere valutata nell'ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3). Per costante giurisprudenza, l'esame degli indicatori deve infatti essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). È qui pure utile sottolineare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8; STCA 32.2019.63 del 27 aprile

2020, consid. 2.11; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). In questo contesto è parimenti utile segnalare che i problemi reattivi ad una decisione negativa dell'UAI non rientrano nel novero delle affezioni alla salute psichica invalidanti (STF 9C_799/2012 del 16 maggio 2013 consid. 2.5 con riferimenti e STF 9C_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; cfr. STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019, consid. 1.8 e rinvii ivi citati). Anche i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (STF 9C_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 1.2 con riferimenti; cfr., pure, STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019, consid. 2.12 e riferimenti ivi citati; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.7 e riferimenti ivi citati). 2.9.4. Andrà poi effettuata una discussione globale tra i periti del _____ in questione. A fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre (come nel caso di specie) di diverse patologie non si devono difatti semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). 2.9.5. Stante quanto precede, analogamente a quanto valutato dall'Alta Corte nella STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non può quindi fondare il proprio giudizio sul rapporto finale del 12 gennaio 2021 del medico SMR, dr. med. _____, che ha sostanzialmente ripreso le diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa rispettivamente le inabilità lavorative in attività abituale e adeguata e le limitazioni funzionali stabilite dai periti del _____ (pag. 465-469 incarto AI). 2.10. Nella DTF 137 V 210 il TF ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016) o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2015.82 del 6 giugno 2016; STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.8). Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.9, ci troviamo di fronte ad un accertamento peritale che necessita di un complemento, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda come indicato al considerando 2.9. Quindi in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente riguardo all'eventuale diritto alla rendita di invalidità dell'assicurato successiva-mente al 31 gennaio 2019. Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata va annullata, per questo aspetto, e l'incarto

rinvio all'UAI affinché proceda come indicato al consid. 2.9. 2.11. Il TCA rileva che, dagli atti emerge la necessità di rinviare gli atti all'amministrazione, anche per quanto concerne l'accertamento di un eventuale diritto a provvedimenti professionali del ricorrente per i motivi qui di seguito esposti. 2.11.1. Nel progetto di decisione del

E. 14

gennaio 2021 l'UAI ha preannunciato il riconoscimento all'assicurato una rendita intera di invalidità dal 1° luglio 2018, sopprimendola a decorrere dal 1° febbraio 2019 (cfr. consid. 1.5 e 2.2), puntualizzando pure che: "(...) Misure d'ordine professionale non sono attuabili. Si resta a disposizione, su specifica richiesta, per un aiuto al collocamento. (...)." (pag. 485 incarto AI). Nelle osservazioni del 10 febbraio 2021 l'avv. RA 1 ha osservato quanto segue: "(...). In ogni caso non è dato comprendere - e la decisione in tal senso è pure contestata - per quali motivi non sia possibile porre l'assicurato al beneficio dei necessari provvedimenti professionali e/o di integrazione. (...)." (pag. 496 incarto AI). Nella decisione impugnata l'UAI ha riconosciuto all'assicurato una rendita intera di invalidità dal 1° luglio 2018, sopprimendola a decorrere dal 1° febbraio 2019 (cfr. consid. 1.6 e 2.2), indicando pure che: "(...) Con il rapporto finale dell'11.01.2021 del Servizio integrazione professionale, la nostra consulente si è già espressa in merito all'attuazione di provvedimenti professionali indicando che non si intravedono provvedimenti professionali atti a migliorare la capacità al guadagno dell'assicurato rimanendo però a disposizione per un aiuto al collocamento, previa richiesta scritta. (...)" (pag. 502 incarto AI). Nel ricorso del 5 maggio 2021 l'avv. RA 1 ha contestato l'operato dell'amministrazione sottolineando che il suo cliente "60 anni il 20 giugno 2021, ha seguito tre anni di scuola elementare in _____ e non ha più svolto altri studi in seguito. Dopo un apprendistato empirico di panettiere-pasticcere in _____, giunge in Ticino nel gennaio 1989 e, dal luglio 1993, lavora in qualità di panettiere-pasticcere per _____. (...) Licenziato per il 31 luglio 2018 e, ancora inabile al lavoro (...)" (doc. I, pag. 2) e rilevando che: "(...) non è dato comprendere - e la decisione in tal senso è pure contestata - per quali motivi non sia possibile porre l'assicurato al beneficio dei necessari provvedimenti professionali e/o di integrazione. Si rinnova dunque la richiesta di accordare provvedimenti professionali al ricorrente viste le indubbie difficoltà di quest'ultimo a reintegrare il mondo del lavoro." (doc. I, pag. 9). In sede di risposta, l'UAI ha puntualizzato quanto segue: "(...) lo scrivente Ufficio ritiene pertanto che - come rettamente indicato dalla consulente in integrazione professionale _____ all'interno del suo rapporto finale datato 11.01.2021 rispettivamente dall'amministrazione all'interno della decisione impugnata - all'assicurato può essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitati dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Sul mercato generale del lavoro esistono infatti delle attività che il ricorrente, malgrado il danno alla salute, è in grado di esercitare al 90%." (...). In considerazione dell'ampio ventaglio di attività semplici e ripetitive contemplate dai settori della produzione e dei servizi (cfr. ISS, livello di esigenze 1), un numero significativo di queste attività sono di natura leggera e sono pertanto adatte al danno alla salute presentato dall'assicurato. (...). Del resto, la consulente in integrazione professionale _____ - mediante il rapporto finale dell'11 gennaio 2021 agli atti - ha specificato quanto segue: "(...) A livello medico vi è un'abilità del 90% in attività adeguate. A titolo di esempio si riportano le seguenti attività non qualificate, semplici e ripetitive che l'A. può svolgere: - Operaio generico in attività di imballaggio - etichettatura, controllo

qualità, - Piccoli lavori di trasporto (es: prodotti farmaceutici etc), - Aiuto amministrativo (attività di back office: smistamento posta, telefono) - Etc. Trattasi di un uomo di 59 anni che, a causa del danno alla salute, risulta abile al lavoro nella misura del 90% in attività adeguate. Non si intravedono provvedimenti professionali atti a migliorare la sua capacità di guadagno. Se l'A. lo desidera, previa richiesta scritta, si rimane a disposizione per un aiuto al collocamento. In esito alle considerazioni che precedono, lo scrivente Ufficio ritiene quindi che sul mercato generale del lavoro esistono delle occupazioni (essenzialmente di controllo e di sorveglianza) che il ricorrente - nonostante i disturbi che lo interessano - è ancora in grado di esercitare in misura pari al 90% (cfr. STCA del 18.5.2015 incarto nr. 32.2014.83, consid. 2.6). La valutazione eseguita dall'amministrazione si fonda pertanto sulle convincenti conclusioni tratte dal rapporto di cui sopra stilato dalla consulente in integrazione - meglio di chiunque altro in grado di emettere una simile valutazione (cfr. sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) - sulla scorta degli accertamenti medici in atti. Anche per questa ragione, le valutazioni della consulente in integrazione risultano assolutamente corrette, ritenuto che le professioni leggere e poco qualificate indicate dalla stessa sono esercitabili senza necessariamente mettere in atto particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012)." (cfr. doc. VI, pag. 4 e 5; n.d.r.: il corsivo e le sottolineature non sono della redattrice) 2.11.2. Ora, conformemente alla giurisprudenza, prima di procedere alla diminuzione o soppressione di una rendita di invalidità a seguito di revisione occorre accertare se esiste un bisogno di reintegrazione, valutando se l'assicurato sia concretamente in misura di mettere a profitto la sua capacità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. gli art. 7 e 16 LPGa; cfr. STF 9C_163/2009 del 10 settembre 2010). Nel caso di una revisione (e in analogia di una riconsiderazione; cfr. STF 9C_152/2013 del 3 settembre 2013 consid. 3.2.3) di una rendita di invalidità versata da numerosi anni, il Tribunale federale ha sottolineato che di regola la (completa o parziale) capacità lavorativa attestata a livello medico - e che è alla base della riduzione del grado di invalidità e, quindi, della riduzione o soppressione della rendita - può venir (nuovamente) concretamente sfruttata dall'assicurato mediante un'adeguata autointegrazione sul mercato del lavoro equilibrato traducendosi così in un grado di invalidità inferiore (cfr. art. 7 cpv. 1 in relazione con l'art. 16 LPGa; STF 9C_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10). Questo è segnatamente il caso laddove l'assicurato ha sempre conservato una parziale capacità lavorativa residua cosicché l'aumento della capacità lavorativa non necessita un accresciuto bisogno di integrazione, specie se la ritrovata idoneità professionale può essere utilizzata in un'attività lavorativa già svolta dall'assicurato o che può svolgere immediatamente. In casi eccezionali invece l'amministrazione in sede di revisione della rendita deve esaminare la questione integrativa e, quindi, accertarsi se la ritrovata capacità lavorativa attestata medicalmente si traduce effettivamente in un grado di invalidità inferiore oppure se, eccezionalmente, occorre procedere ad un esame personale dell'effettiva idoneità lavorativa (con riferimento all'idoneità, alla capacità di carico, ecc.) e/o all'esecuzione di provvedimenti integrativi. In tali casi la rendita di invalidità deve continuare ad essere versata fintanto che il potenziale di capacità lavorativa riesce ad essere effettivamente realizzato grazie all'introduzione di misure medico-riabilitative e/o provvedimenti di integrazione professionale (STF 9C_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10, 9C_848/2012 del 14 febbraio 2013, 9C_831/2010, 9C_768/2009 del 10 settembre 2010; SVR 2010 IV nr. 9 p. 27, 9C_141/2009; vedi anche la STF 9C-998/2010 del 8 marzo 2011, 9C_163/2009 del 10 settembre 2010). In una successiva sentenza la Corte Federale ha

ulteriormente precisato la sua giurisprudenza nel senso che un caso eccezionale in questo senso, necessitante cioè del preventivo esame circa la necessità dell'introduzione di provvedimenti integrativi malgrado la capacità lavorativa attestata medicalmente, va ammesso quando la revisione concerne un assicurato maggiore di 55 anni o titolare di una rendita di invalidità da oltre 15 anni (STF 9C_412/2014 del 20 ottobre 2014, 9C_128/2013 del 4 novembre 2013, 9C_152/2013 del 3 settembre 2013, 9C_11/2012 del 28 febbraio 2012 consid. 2.2.2; 9C_367/2011 del 10 agosto 2011; 9C_228/2010 del 26 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IVG nr. 73, e riferimenti). Nella STF 9C_412/2014 del 20 ottobre 2014 il TF ha confermato questa giurisprudenza sottolineando che tali casi eccezionali possono essere riconosciuti segnatamente laddove l'assicurato è stato lontano dal lavoro per numerosi anni, dispone di un carente profilo conoscitivo e/o intellettuale o difetta di esperienza professionale (cfr. anche STF 9C_152/2013 del 3 settembre 2013 e riferimenti). In DTF 141 V 5 il Tribunale federale ha affermato che per stabilire la soglia dell'integrazione autonoma esigibile di una persona assicurata dopo aver raggiunto 15 anni di erogazione della rendita o il 55° anno di età, è determinante il momento della decisione di soppressione della rendita o quando diviene effettiva la revoca della rendita (consid. 4). In una recente sentenza del 28 gennaio 2019 pubblicata in DTF 145 V 1, il Tribunale federale ha stabilito, in relazione agli art. 7 cpv. 2 lett. e LAI e 8a cpv. 1 e 2 LAI, che una persona beneficiaria di una rendita che dispone di possibilità di reintegrazione, indipendentemente dall'esistenza di un motivo di revisione secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, non solo ha il diritto, ma anche il dovere, di partecipare a misure di reintegrazione esigibili per l'assicurato. La possibilità soggettiva all'integrazione di una persona beneficiaria di una rendita non costituisce un motivo per lo svolgimento di tali misure. In DTF 145 V 209, il Tribunale federale, circa l'esigibilità dell'integrazione autonoma in caso di assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha stabilito che in caso di riduzione o soppressione della rendita d'invalidità di un assicurato con più di 55 anni occorre in linea di principio eseguire provvedimenti d'integrazione, anche nel caso in cui si decida sulla limitazione e/o sulla graduazione contemporaneamente alla concessione della rendita. L'Alta Corte ha rammentato i principi al consid. 5.1., laddove ha affermato che per le persone che beneficiano della rendita da almeno 15 anni o che hanno già 55 anni e la cui rendita viene ridotta o soppressa in via di revisione, la rendita di invalidità deve continuare ad essere versata fintanto che il potenziale di capacità lavorativa riesce ad essere effettivamente realizzato grazie all'introduzione di misure medico-riabilitative e/o provvedimenti di integrazione professionale ("Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C_183/2015 E. 5; SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, 9C_228/2010 E. 3; SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C_163/2009 E. 4.2.2; Urteile 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.3; 8C_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2; 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1; 8C_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2; 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2; je mit Hinweisen)"). Eccezioni alla presunzione dell'incapacità dell'integrazione autonoma sono date laddove l'assenza prolungata dal mercato del lavoro è dovuta a motivi estranei all'invalidità, quando la persona assicurata è particolarmente capace, agile e integrata nella vita sociale o quando dispone di esperienze lavorative o di un'ampia formazione ("

Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist (Urteil 9C_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4 mit Hinweisen), wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist (Urteil 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3) oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (Urteil 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2). ”). Sono sempre richiesti elementi concreti, che permettono di concludere che la persona assicurata malgrado l'età avanzata e/o il lungo beneficio della rendita, può, senza alcun aiuto, integrarsi nuovamente nel mondo del lavoro (“ Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, 9C_183/2015 E. 5). ”). Spetta all'Ufficio AI comprovare che, contrariamente alla prassi, la persona assicurata è in grado di sfruttare il potenziale medico-teorico tramite l'integrazione autonoma (“ Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (Urteile 8C_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2; 9C_87/2016 vom 23. November 2016 E. 5.2.1; vgl. zuletzt Urteil 9C_707/2018 vom 26. März 2019 E. 4.1 und 5.1). ”). L'Alta Corte, nella DTF 145 V 209, ha esteso tale giurisprudenza anche ai casi in cui la rendita AI con un unico atto viene assegnata retroattivamente e poi soppressa o ridotta (consid. 5.4). Il TF ha lasciato aperta la questione di sapere se in tal caso per stabilire la soglia dell'integrazione autonoma esigibile di una persona assicurata dopo aver raggiunto 15 anni di erogazione della rendita o il 55° anno di età, è determinante il momento della decisione di soppressione della rendita o quando diviene effettiva la revoca della rendita (DTF 141 V 5) oppure quella in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457). Infatti in entrambe le costellazioni, nel caso giudicato dall'Alta Corte, la persona assicurata aveva superato i 55 anni. Il TF ha pertanto rinviato gli atti all'UAI per ulteriori accertamenti (“ Die Schlussfolgerung einer zumutbaren Selbsteingliederung rechtfertigte sich nur bei Vorliegen hinreichender konkreter Anhaltspunkte dafür, dass sich der Beschwerdeführer ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren könne (vgl. oben E. 5.1). Gegen eine Unzumutbarkeit sprächen insbesondere eine Absenz vom Arbeitsmarkt aus invaliditätsfremden Gründen, eine besondere Agilität, Gewandtheit und Integration im gesellschaftlichen Leben sowie eine breite Ausbildung und Berufserfahrung (oben E. 5.1). Wie es sich hier damit verhält, liess sich ohne weitere Abklärungen durch die IV-Stelle nicht zuverlässig beurteilen. Die strittige Rentenaufhebung ab 1. August 2015 hält aus diesem Grund vor Bundesrecht nicht stand. Dafür ist die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen. ”). (cfr. STCA 32.2021.2 del

E. 15

marzo 2021, consid. 2.11) 2.11.3. In una recente sentenza 9C_211/2021 del 5 novembre 2021 il Tribunale federale ha annullato una decisione del Tribunale cantonale del Canton Vaud e rinviato gli atti all'amministrazione poiché ha ritenuto che le istanze precedenti non avevano sufficientemente indagato concretamente i bisogni oggettivi dell'assicurato circa la necessità di mettere in atto misure destinate ad aiutarlo ad inserirsi nel mondo del lavoro. Nel caso giudicato dall'Alta Corte all'insorgente, nato nel 1959, il 24 agosto 2020 è stata

attribuita una rendita intera limitata nel tempo dal 1° maggio 2019 al 29 febbraio 2020 che è stata soppressa poiché il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere attività semplici e ripetitive senza la necessità di misure di riadattamento. Per l'Alta Corte, che ha confermato l'applicabilità al caso di specie della suesposta giurisprudenza, avendo l'insorgente oltre 55 anni, la semplice elencazione di attività adatte allo stato di salute dell'assicurato che non necessitano di una formazione particolare non è sufficiente a ritenere la possibilità di un'autointegrazione. L'esame della necessità di misure di ordine professionale deve in effetti essere effettuato malgrado l'esistenza di una capacità di lavoro medico-teorica, in funzione delle circostanze concrete. Inoltre per il Tribunale federale, la precedente istanza non ha tenuto conto che l'esperienza professionale dell'interessato era limitata, ritenuto che aveva sempre lavorato quale panettiere dall'ottenimento dell'attestato federale di capacità nel 1978 ed ha stabilito che la durata dell'assenza dal mercato del lavoro non è determinante nelle situazioni in cui una rendita è assegnata retroattivamente per un periodo limitato. Il Tribunale federale ha affermato: "

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