

TI_GERICHTE 32.2021.95 vom 13. Juli 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-07-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.95

FR: TI_GERICHTE 32.2021.95 du 13 juillet 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.95 del 13 luglio 2021

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. Confermata la perizia pluridisciplinare. Confermata pura la valutazione economica, in particolare l'esigibilità in attività adeguate e la determinazione dei redditi da valido ed da invalido

Erwägungen

E. 46

). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la

residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in 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). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.4. Nel caso concreto, a seguito dell'ultima domanda di prestazioni l'Ufficio AI ha conferito mandato al _____ di allestire una perizia pluridisciplinare. Dal rapporto datato 16 maggio 2020 (doc. 231) risulta che i periti, oltre ad aver proceduto ad una valutazione internistica dell'assicurato, hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne di natura reumatologica (dr. med. _____), psichiatrica (dr. med. _____) e neurologica (dr. med. _____). Dopo aver esposto la consueta anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), i disturbi soggettivi e le affezioni attuali e dopo aver proceduto alla descrizione della giornata e continuato con le constatazioni obiettive, i periti, fondandosi su un'esauriente discussione, hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) B.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa Nessuna dal punto di vista internistico. Artrosi dell'articolazione radiocarpica bilaterale in stato dopo escissione di ganglio perineurale ulnare del polso ds. e Slac Wrist stadio IV in data 27.05.2010 nonché intervento di denervazione per Slac Wrist sintomatico a destra il 04.07.2011. Stato dopo intervento chirurgico Slac Wrist di denervazione totale del polso sinistro con osteotomia di resezione dello stiloide radiale a sin. con dissociazione scafo-lunata cronica a sin. Intervento di resezione della prima filiera del carpo a sin. In data 26.01.2016. Sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni statiche con appiattimento della cifosi e lordosi fisiologica, leggera scoliosi destroconvessa, nonché alterazioni degenerative soprattutto bisegmentali a livello L4-L5 e L5-S1. (...)" (pag. 724 punto B.1) Sono state inoltre rilevate delle diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, quali: " (...) B.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Ipercolesterolemia con colesterolo LDL 3,0 mmol/l. Pregressa iperuricemia trattata con attuate valore di acido urico a 398 umol/l, in assenza di episodi clinici di artrite. Possibile problematica della crescita con difficoltà alla deambulazione in

età infantile? Pregressa ipovitaminosi B12: - attuale valore 308 pmol/l. Uso inadeguato di etile (l'A riferisce di assumere quotidianamente; 1 bottiglia di vino e 1 superalcolico) con CDT a 2,56%. Stato dopo varie distorsioni alle caviglie bilateralmente con residui dolorosi soprattutto al malleolo laterale ds. Piede piatto, piano trasverso e alluce valgo a ds. più che a sin. Sindrome lombovertebrale cronica con stato da ernia discale L4-L5 a ds. (MRI lombare del 3.10.2017) attualmente non sintomatica. Dolore ai carpi bilateralmente, alle caviglie e all'alluce sin. non spiegati da patologia neurologica. (...)" (pag. 734 punto B.2). In merito alle limitazioni dovute alle succitate affezioni, i periti del _____ hanno rilevato: " (...) C Ripercussioni funzionali dei reperti / delle diagnosi Per il nostro consulente Dr. med. _____, l'A. è limitato in attività lavorative pesanti soprattutto per quanto riguarda le problematiche ai polsi. Limitato nell'utilizzare le mani in attività ripetitive, in cui debba eseguire movimenti di flessione ed estensione del polso, nonché di abduzione e adduzione. Limitato nel tenere oggetti pesanti superiori ai 3 kg. Limitato nell'utilizzare degli attrezzi con forza e contro resistenza. In attività manuali fini, nella scrittura e nell'utilizzo del computer non vi sono delle limitazioni significative. Anche per quanto riguarda l'utilizzo delle dita delle mani, se non è interessata l'articolazione radiocarpica direttamente, non vi sono limitazioni. Nessuna limitazione per quanto riguarda i gomiti e le spalle. Per la colonna lombare è limitato in attività statiche, in cui debba mantenere la posizione in piedi fermo per alcuni minuti. La posizione cambiando appoggio può essere mantenuta per diverse ore e quella seduta per almeno un'ora. La deambulazione non è particolarmente limitata. Limitato in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale, per cui debba ripetutamente eseguire flessioni ed estensioni della stessa. Nessuna limitazione per quanto riguarda i problemi a livello dei piedi e delle caviglie. Per il consulente Dr. med. _____, pur denotando una piena dotazione di risorse a sua disposizione, si constatano nell'A. lievi riduzioni della resistenza, della tenuta e della capacità di tolleranza nei confronti dello stress. (...)" (pag. 735 punto C) Dal punto di vista neurologico non è stata riscontrata nessuna limitazione. I periti hanno in seguito proceduto alla verifica della coerenza dei dati. Globalmente essi hanno infine concluso per una piena inabilità lavorativa quale ausiliario di pulizia, tecnico sanitario e magazziniere. In attività adeguate, rispettose dei limiti funzionali riportate dal perito reumatologo, l'assicurato è stato ritenuto abile al 100%, con rendimento pieno. Con complemento 28 ottobre 2020 il _____, esaminato il rapporto 15 ottobre 2020 del _____, ha concluso che la funzione renale è ancora nei limiti e che quindi non vi sono motivi per discostarsi dalla perizia del 16 ottobre 2020 (doc. 256). La perizia e il relativo complemento sono stati avvallati dal SMR con rapporto 29 ottobre 2020 (doc. 255). Successivamente al progetto di decisione 11 novembre 2020, con il quale l'Ufficio AI ha preavvisato la reiezione della domanda di prestazione, l'assicurato ha inoltrato le proprie osservazioni alla perizia psichiatrica e prodotto, per il tramite del suo rappresentante, numerosa documentazione (doc. 261, 268, 268, 281 – 288, 292). L'amministrazione ha inoltrato tale documentazione al _____. Con rapporto 9 luglio 2021 il _____, riassumendo i nuovi documenti, ha allegato le singole prese di posizione dei periti specialisti, i quali sostanzialmente hanno confermato le loro valutazioni riportate nella perizia del 16 ottobre 2020 (doc. 294). Contestata è la perizia _____, in particolare la valutazione reumatologica e psichiatrica. Pendente causa l'assicurato ha inoltre prodotto il rapporto 6 settembre 2021 della _____ (VI). Con osservazioni 4 gennaio 2022 l'Ufficio AI ha prodotto: - lo scritto 28 novembre 2021 del _____ in cui sono state allegate le osservazioni del perito dr. med. _____ allo scritto 7 dicembre 2020 della psichiatria curante, in merito

al quale egli non si era espresso nel complemento peritale del 9 luglio 2021 (XVI/1); - la lettera 7 dicembre 2021 del SMR con allegate le osservazioni del perito reumatologo sul rapporto della _____ (XVI/2); - le annotazioni 30 dicembre 2020 del dr. med. _____ del SMR che, viste le osservazioni del _____, ha confermato il suo precedente rapporto del 29 ottobre 2020 (XVI/3).

2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF

8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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). 2.6. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato dal _____, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate nella perizia pluridisciplinare del 16 ottobre 2020 (e nei complementi peritali del 28 ottobre 2020 e del 9 luglio 2021), poiché la stessa va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti. 2.6.1. Dal punto di vista reumatologico , con rapporto 24 febbraio 2020 (pagg. 764-780) il dr. med. _____ ha riportato le diagnosi con e senza influenza della capacità lavorativa elencate ai punti B.1 e B.2 del rapporto _____ (cfr. consid. 2.4). Dopo aver esaminato gli atti presenti nell'inserto e proceduto alla consueta anamnesi, alla valutazione dei reperti soggettivi ed oggettivi, lo specialista ha individuato le limitazioni fisiche riportate nella perizia _____ al punto C, limitazioni invalidanti circoscritte sostanzialmente ad entrambi i polsi ad alla colonna lombo-vertebrale. In merito alle ripercussioni sulla capacità lavorativa il perito ha concluso: " (...) 8.1 Capacità lavorativa nell'attività finora svolta Per quanto riguarda le attività svolte di montatore di impianti sanitari, magazziniere e ausiliario di pulizie l'assicurato presenta una capacità lavorativa dello 0% come già determinato nelle valutazioni peritali precedenti in particolar modo nella valutazione per l'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità del Canton Ticino eseguita dal collega reumatologo Dr. med. _____ in data 14.0.2016. Per l'attività di casalingo lo ritengo abile al lavoro nella forma completa da sempre, tenendo in considerazione che si tratta di un'economia domestica di due persone adulte e che l'assicurato può aiutare nell'ambito delle sue possibilità la compagna. 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 sopraelencate, l'assicurato presenti come per altro già determinato dal Dr. med. _____ nella sua valutazione peritale del 14.09.2016 una capacità lavorativa nella forma completa. A questo proposito ricordo che l'assicurato è già stato valutato anche in ambito _____ di _____ per l'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità del Canton Ticino. Venivano determinati allora dei limiti funzionali inerenti soprattutto le problematiche di artrosi radiocarpica bilaterale segnalando dei deficit di forza e presa delle mani bilateralmente con carico massimo di 2 kg con entrambe le mani. L'assicurato durante l'anamnesi ha dichiarato che con la mano destra, che è la sinistra dominante, ha maggior forza rispetto a sinistra e può alzare anche 5 kg per esempio quando va a fare la spesa. Anche nell'utilizzo di oggetti se non particolarmente pesanti la mano destra è ancora efficiente, seppur limitata nella mobilità. A sinistra ha più problemi per una certa instabilità e debolezza e deve utilizzare una stecca metallica di sostegno. Si tratta di una capacità lavorativa per un'attività da svolgere sull'arco di un'intera giornata con un rendimento al 100%. Si può far riferire questa capacità lavorativa a partire dalla valutazione peritale del 14.09.2016 del Dr. med. _____. La prognosi per quanto riguarda i disturbi ai polsi è da considerarsi attualmente moderatamente favorevole, tendenzialmente stazionaria in

questi anni. In particolar modo dal 2016 via. Alla colonna lombare vi è sicuramente dal punto di vista radiologico, la possibilità di un ulteriore peggioramento delle discopatie e delle problematiche artrosiche. L'aspetto favorevole è da riscontrare nel fatto che per il momento l'assicurato non sia mai avuto irradiazioni significative alle estremità inferiori. Le incapacità lavorative da me determinate potranno essere in parte sommate nell'ambito delle altre valutazioni peritali eseguite (...)" (pag. 760-761 incarto AI). L'assicurato ritiene necessario un aggiornamento della valutazione reumatologica, in quanto il perito lo aveva visitato il 18 febbraio 2020. A torto. Certo, nella presa di posizione 12 maggio 2021 sul rapporto 6 aprile 2021 del dr. med. _____ concernete le sequele della distorsione della caviglia destra con lesione del legamento fibulo-talare avvenuta il 23 aprile 2020, il perito ha fatto presente che "l'evento è comunque posteriore alla mia valutazione peritale del gennaio 2020. Ricordo di aver visitato l'assicurato il 18.02.2020. Le mie considerazioni e conclusioni comprendenti la capacità e limitazioni funzionali sono da riferire a questa data" (pag. 915) Ciò non significa tuttavia che occorra una perizia di decorso, avendo il perito potuto valutare i referti riguardanti l'infortunio. In tal senso già con scritto 6 ottobre 2020 egli si era espresso (" Non ritengo comunque che queste patologie siano da considerare di entità tale da provocare delle limitazioni funzionali a medio-lungo termine e quindi anche modificare la capacità dell'assicurato nella sua ultima attività professionale e in un'attività lavorativa adeguata "; pag. 782). Nella presa di posizione del 26 aprile 2021 ai rapporti 20 novembre 2020 del dr. _____ e del dr. med. _____ il perito ha concluso che "non vi sono modifiche direzionali per quanto riguarda queste patologie all'apparato muscolo-scheletrico. Non vi sono quindi indicazioni che portano a dover modificare le limitazioni funzionali e la capacità lavorativa dell'assicurato come da espressa nel mio rapporto peritale del 24.02.2020 (pag. 914)". Infine, con riferimento al rapporto 9 giugno 2021 di decorso del dr. med. _____ in merito alla problematica dei polsi con proposte terapeutiche e interventi, nello scritto 5 luglio 2021 il perito ha valutato che " si tratta quindi di una problematica di tipo di degenerativo in ulteriore evoluzione in stato dopo vari interventi da me già descritti. Situazione che evolverà anche nei prossimi mesi ", rilevano comunque che "per il momento non vi sono indizi che portino a modificare la mia valutazione peritale risalente a più di un anno fa". Egli ha ritenuto "... che si debba concludere in modo definitivo questa valutazione in ambito _____ riferendosi ai dati oggettivi e ai reperti riscontrati durante la visita avvenuta all'inizio dell'anno 2020 " (pag. 916). Quindi non intravedendo alcun nuovo e rilevante elemento, il perito ha ribadito la sua valutazione. Va poi evidenziato che nel frattempo non risulta subentrato un peggioramento dello stato di salute. Questo lo si desume dalla presa di posizione 1° dicembre 2021 del perito in merito al rapporto 28 settembre 2021 della _____ di _____, reparto Chirurgia della mano. Con riferimento a quel referto, il dr. med. _____ evidenzia infatti che " si ritorna sulle diagnosi conosciute, per quanto riguarda le problematiche alle articolazioni radiocarpiche bilateralmente vengono proposti degli approcci terapeutici. Per il momento comunque non è stata intrapreso nessun passo in questo senso. Come per altro elencato dai colleghi della _____ di _____ un intervento a destra potrebbe portare a un miglioramento della sintomatologia dolorosa, mentre a sinistra per il momento la funzionalità dell'articolazione è ancora sorprendentemente buona per cui si eviterebbe qualsiasi tipo di approccio terapeutico. Si tratta considerazioni che non modificano le mie valutazioni peritali per altro già risalenti al mese di febbraio del 2020" . (sottolineatura del redattore; XVI/3). Da ultimo va segnalato che l'assicurato non ha prodotto documentazione medica atta a mettere in dubbio le

valutazioni del perito reumatologo. In tal senso non lo è il certificato 25 novembre 2021 del medico curante attestante una totale inabilità lavorativa dal 1° novembre 2021 continua (XIV/1), non essendo motivato. Ne consegue che la valutazione reumatologica va confermata, senza che sia necessaria una perizia di decorso. 2.6.2. Nell'ambito della perizia _____ l'aspetto psichiatrico è stato valutato dal dr. med. _____. Nella sua dettagliata perizia del 26 febbraio 2020 lo specialista in psichiatria e psicoterapia, dopo aver visto l'assicurato due volte (il 12 febbraio 2020 ed il 26 febbraio 2020), riportato un estratto degli atti relativi alla sfera psichiatrica e le constatazioni obiettive, ha diagnosticato una sindrome ansioso-depressiva (ICD 10- F41.2) senza influo sulla capacità lavorativa. Ha poi proceduto alla valutazione medica: " (...) 7.1 Sintesi della storia personale, professionale e sanitaria dell'assicurato e descrizione della sua situazione psichica, sociale e medica attuale A seguito degli eventi infortunistici e della serie degli interventi che non hanno purtroppo avuto l'esito sperato l'A. se da un lato ha avvertito una sensazione di impotenza a porre per conto suo rimedio alla situazione venutasi a creare dall'altro si è sentito abbandonato e disorientato rimanendo di fatto in balia della spiacevole percezione che nessuno lo voleva aiutare mostrando per quanto perlomeno risultava alla sua impressione un minimo interesse verso di lui. L'insorgenza della sintomatologia ansioso depressiva di ordine reattivo e la conseguenza presa di coscienza della sua impotenza e della impossibilità di trovare una via di uscita dalla situazione nella quale si era venuto a trovare specie per via del forte coinvolgimento emotivo creatosi dopo la diagnosi oncologica fatta alla compagna lo ha quindi indotto a richiedere al proprio medico curante una presa a carico specialistica basata su colloqui di sostegno psicologico e sulla prescrizione di una terapia antidepressiva che a ben vedere ha aiutato l'A. alleviando il carico della sua sofferenza la quale appare anche alla luce del test di attendibilità della sintomatologia in una certa misura enfatizzata specie sul versante dell'umore e della percezione dei dolori a carico dell'apparato locomotore. 7.2 Valutazione del percorso precedente di terapie, riabilitazioni, provvedimenti d'integrazione ecc. e discussione delle possibilità di guarigione - Parere sul percorso delle terapie, motivazione per l'interruzione di interventi: l'A. continua ad essere seguito ambulatorialmente dalla sua psichiatra di riferimento. - Se del caso, determinare se i problemi di cooperazione siano da ricondurre alla malattia o alla mancanza di risorse: l'A. è stato in generale aderente alle proposte terapeutiche che sono state proposte dalla sua psichiatra di riferimento. Confrontato però con il dato relativo al basso tasso di antidepressivo (excitalopram) riscontrato agli esami di laboratorio l'A. ha asserito di assumere comunque regolarmente il farmaco che gli è stato prescritto dalla psichiatra di riferimento. - Per la valutazione del potenziale d'integrazione stabilire se i trattamenti eseguiti fino a quel momento siano stati adeguati e siano state esaurite tutte le possibilità terapeutiche: i provvedimenti terapeutici sono stati adeguati e hanno portato a mio parere a significativi miglioramenti della condizione clinica accusata dall'A. - Valutare la prognosi sul decorso della malattia: la prognosi tenuto conto dell'evoluzione fin qui osservata è favorevole. - Se del caso, indicare ulteriori opzioni di trattamento: il trattamento specialistico in atto è adeguato e va continuato per un consolidamento dello stato di salute. 7.3 Valutazione della coerenza e della plausibilità Non ho messo in luce discrepanze tra quanto esposto dall'A. e gli elementi messi in evidenza all'esame clinico e desunti dalla valutazione degli atti a disposizione. 7.4 Valutazione di capacità, risorse e problemi Pur denotando una piena dotazione di risorse a sua disposizione si constatano nell'A. lievi riduzioni della resistenza, della tenuta e della capacità di tolleranza nei confronti dello stress. (...)" (pag. 758-759 incarto AI)

Contestando la perizia, l'assicurato fa riferimento alla presa di posizione 7 dicembre 2020 della sua psichiatra curante, dr.ssa med. _____, la quale ha evidenziato: " (...) - il paziente risulta essere tutt'oggi in mia cura a partire dal mese di aprile 2018 tramite una presa a carico psichiatrica regolare e continua, sulla base della quale ho oggettivato a livello diagnostico un episodio depressivo medio-grave di tipo endoreattivo (ICD-10; F32.2), scaturito nell'ambito di un disturbo disadattivo in concomitanza al peggioramento della nota patologia reumatologica (v. rapporto medico del 20.07.2018); - da parte del Dr. _____ sulla base delle visite effettuate in data 12.02.2020 di un'ora e 26.02.2020 di mezz'ora, viene invece rilevata una sindrome ansiosa depressiva (F41.2) senza influsso sulla capacità lavorativa, se non fatta eccezione per la durata di tre mesi a partire da aprile 2018 nella misura del 100% dalla data della presa a carico psichiatrica, ritenendo che i provvedimenti terapeutici sono stati adeguati e hanno portato a suo avviso a significativi miglioramenti della condizione clinica accusata dall'Assicurato; - il Dr. _____ ha però basato la sua valutazione limitandosi a due colloqui molto ravvicinati nel tempo con il paziente (12.02.2020 e 26.02.2020), periodo durante il quale il suo disturbo poteva apparire in fase di remissione; senza considerare inoltre lo stato clinico oggettivato nei miei rapporti medici basati su una presa a carico psichiatrica regolare e continua, il perito ha formulato la diagnosi di sindrome ansiosa depressiva! - da considerare che il paziente si è dovuto inoltre confrontare ad inizio anno 2019 con una situazione di ulteriore stress emotivo e psicologico, legata al subentrare della grave malattia tumorale della moglie di carcinoma squamocellulare rettale metastatizzante; - tutto ciò ha comportato un aggravamento dei sintomi ansiosodepressivi, sia in concomitanza alla diagnosi di malattia tumorale della moglie, sia al suo peggioramento per cui ha necessitato un intervento chirurgico nel mese di luglio 2020, tutt'oggi quindi in trattamento, con prognosi riservata; - il quadro psicopatologico ha dunque presentato un decorso persistente intermittente ed irregolare, caratterizzato da ripetuti episodi depressivi di intensità variabile da lieve a medio/grave, senza recupero interepisodico, ascrivibile a livello diagnostico nell'ambito di un disturbo depressivo ricorrente, attualmente caratterizzato da un assetto psichico molto precario ed instabile, con una marcata labilità e vulnerabilità emotiva, facile esauribilità psicofisica, limitata capacità di resistenza agli stimoli e scarsa tolleranza a fattori stressanti anche di lieve entità; - da segnalare che il paziente ha vissuto in modo molto stressante la perizia psichiatrica per non essersi sentito adeguatamente e sufficientemente valutato, unitamente alla comunicazione negativa da parte vostra, il tutto ha fortemente destabilizzato il proprio equilibrio psicofisico con conseguente recrudescenza dei sintomi ansiosodepressivi; - tenuto conto delle oscillazioni del tono dell'umore, che il paziente manifesta sia in senso positivo, sia in senso negativo, la perizia psichiatrica avrebbe quindi dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo con un numero maggiore di osservazioni e colloqui per permettere una valutazione più accurata. Sulla base delle considerazioni finora esposte confermo pertanto un'incapacità lavorativa nella misura completa e continua differendo dalle conclusioni del Dr. _____, sia per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, sia per la sua capacità lavorativa, in quanto non valutate in modo adeguato." (pag. 834-835 incarto AI) In data 26 novembre 2011 il perito ha risposto a quanto osservato dalla psichiatra curante: " Ho preso visione dello scritto del 07.12.2020 redatto dalla collega psichiatra Dr.ssa _____. Per quanto attiene alla parte strettamente psichiatrica rilevo che la psichiatra curante differisce rispetto a quanto da me riscontrato a livello diagnostico ma riferendosi ad una situazione che appare sovrapponibile a quella da me valutata al momento della effettuazione dei colloqui peritali in quanto non aggiunge nuovi elementi clinici tali da

poter ingenerare dubbi rispetto al livello di gravità della patologia ragione per cui non ritengo indicato procedere con una valutazione di aggiornamento. Confermo perciò in toto quanto da me riportato nella perizia. Per quanto riguarda infine le altre osservazioni poste la Dr.ssa _____ fa riferimento in modo particolare alle modalità con le quali ho proceduto nella effettuazione della valutazione psichiatrica che, tengo a precisare, è stata svolta così come da vostre direttive e cioè seguendo il medesimo schema che viene applicato a tutti gli assicurati per cui non ravviso incongruità a questo proposito.” (doc. XVI/2) Esaminata attentamente la documentazione agli atti, questo TCA non può che confermare la perizia psichiatrica. Per quanto riguarda la diagnosi, la curante ha posto un episodio depressivo medio-grave di tipo endoreattivo (ICD-10; F.32.2) in concomitanza della patologia reumatologica. Il perito invece ha ritenuto data una sindrome ansioso depressiva (ICD10, F 41.2) non invalidante. Ora va fatto presente che nell’ambito dell’esame psichiatrico (cfr. punto no. 4.3 della perizia) il perito non ha riscontrato elementi per ritenere un quadro depressivo importante. In effetti ha rilevato che “l’assicurato appare curato nella persona e nell’abbigliamento, lucido ed orientato nei quattro parametri: " (...) L’A. appare curato nella persona e nell’abbigliamento. È’ lucido ed orientato nei quattro parametri. L’espressione del viso è normale e non lascia trasparire delle emozioni particolari. La gestualità appare normale. Le funzioni cognitive sono intatte. L’intelligenza è normale. L’atteggiamento è collaborante, gentile, educato. Il comportamento è senza alcuna particolarità. Denota una buona capacità di autocontrollo. La comprensione è buona. L’eloquio è fluido e privo di incoerenze. Le comunicazioni sono di buona qualità, precise e sufficientemente informative. Non si constatano alterazioni della forma e del contenuto del pensiero. I nessi associativi appaiono intatti. Non si osservano allucinazioni. La capacità critica è mantenuta. La presa sulla realtà è valida. Il tono dell’umore è lievemente deflesso. La quota ansiosa risulta leggermente incrementata. L’istinto vitale è conservato. Non verbalizza intenzioni suicidali. (...)” (pag. 755-756 incarto AI) Dalla “descrizione della giornata” (punto n. 3.2.7 della perizia) non risulta un ritiro sociale, una perdita di appetito, un’insonnia, tantomeno difficoltà nel gestire la giornata: " (...) L’A. è solito svegliarsi verso le 8.30-9.00. Riferisce alla domanda diretta difficoltà nell’alzarsi dal letto causa problematiche algiche alla schiena. La mattina non fa colazione, beve solo un caffè, esce di casa per andare ad acquistare il giornale in edicola, rientrato a casa passa la mattina leggendo il quotidiano, leggendo notizie al computer come pure le email ricevute. Regolarmente si reca a pranzo dalla mamma a Paradiso. Due-tre volte alla settimana nel pomeriggio va a nuotare a Lugano, altre volte aiuta la compagna andando a fare la spesa recandosi in Italia a Marchirolo. Altre volte svolge in casa qualche piccola faccenda domestica, racconta anche di recarsi in discarica a Lamone. Il pasto della cena viene preparato dalla compagna, dopo cena gioca a carte con lei, guardano assieme programmi televisivi, soprattutto programmi in lingua tedesca di intrattenimento. L’A. si corica a dormire verso le 23.0-24.00, racconta di un sonno discontinuo soprattutto per i dolori a carico di polsi e schiena. Per conciliare il sonno l’A. assume una compressa di Co-Dafalgan. Durante il fine settimana non è solito svolgere altre attività particolari. (pag. 754 incarto AI) Il perito ha pertanto ritenuto “ un quadro clinico di lieve entità ”, che, “senza un trattamento farmacologico adeguato (n.d.r.: gli esami di laboratorio hanno evidenziato un valore del tasso dell’exitalopram al di sotto del range terapeutico atteso in caso di assunzione regolare del farmaco, cfr. perizia punto. 4.3.2), non mostra criteri di gravità ”, motivo per cui “ va considerata una capacità lavorativa piena ...” (pag. 760). La psichiatra curante non ha aggiunto alcun nuovo elemento clinico che il perito non abbia valutato. Quest’ultimo ha in

particolare tenuto conto della problematica tumorale di cui la compagna dell'assicurato soffre, oltre alle problematiche ai polsi ed alla colonna lombare (cfr. punto no. 7.1 della perizia). Del resto, il dr. med. _____, anche se non specialista in psichiatria, ha potuto osservare che "l'assicurato ha sviluppato una leggera forma di tipo depressivo. Vi sono episodi di ansia, legati anche alle condizioni di salute della compagna" (pag. 779) Nel citato scritto 7 dicembre 2020 la psichiatra curante segnala al _____ che " il paziente ha vissuto in modo molto stressante la perizia psichiatrica per non essersi sentito adeguatamente e sufficientemente valutato, unitamente alta comunicazione negativa da parte vostra, il tutto ha fortemente destabilizzato il proprio equilibrio psicofisico con conseguente recrudescenza dei sintomi ansiosodepressivi " (pag. 835). Tale asserzione è stata implicitamente smentita dal perito nelle succitate osservazioni 26 novembre 2021 al _____, nelle quali egli ha rilevato che " per quanto riguarda infine le altre osservazioni poste la Dr.ssa _____ fa riferimento in modo particolare alle modalità con le quali ho proceduto nella effettuazione della valutazione psichiatrica che, tengo a precisare, è stata svolta così come da vostre direttive e cioè seguendo il medesimo schema che viene applicato a tutti gli assicurati per cui non ravviso incongruità a questo proposito" (XVI/2). Questo TCA non ha motivo per discostarsi da quanto sostenuto dal perito. Dal rapporto peritale non risulta una simile reazione dell'assicurato, anzi il dr. med. _____ ha potuto osservare come il peritando " si è comportato in maniera tranquilla... " (pag. 755). La psichiatra curante riporta una condizione psichiatrica fluttuante e che durante la valutazione peritale il disturbo del paziente " poteva apparire in fase di remissione ". Ritiene pertanto che l'esame peritale non doveva limitarsi a soli due incontri ravvicinati nel tempo, ma comprendere un periodo di tempo più lungo. Va qui fatto presente che nei precedenti rapporti 20 novembre 2018 e 6 dicembre 2019, esaminati dal perito, la curante non aveva posto una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente [ICD-10, F.33, suddivisa in episodi tipici lievi (F32.0), di media gravità (F32.1) o gravi (F32.2 e F32.3)]. Né del resto il perito ha ritenuto necessario estendere il periodo di osservazione. Non da ultimo, nelle citate osservazioni 26 novembre 2021 il perito non ha ritenuto necessaria una "valutazione di aggiornamento" . Come rilevato dall'assicurato nel ricorso, nella presa di posizione 14 aprile 2021 il perito neurologo dr. med. _____ ha scritto che " Sono comunque d'accordo con la proposta della Dott.ssa _____ di effettuare una valutazione di decorso reumatologica e psichiatrica ma senza una ulteriore valutazione neurologica in assenza di nuovi elementi di competenza neurologica " (pag. 919). Ora, a prescindere dal fatto che simile affermazione non trova riscontro nello scritto 9 luglio 2021 del _____ (doc. 294), come visto sopra nelle allegate prese di posizioni il perito reumatologo e quello psichiatra, dopo aver esaminato i nuovi atti medici, non hanno ritenuto necessaria una valutazione di decorso. 2.6.3. Dal punto di vista neurologico, con rapporto 24 febbraio 2020 pagg. 742 - 748) il perito dr. med. _____ non ha riscontrato alcuna inabilità lavorativa. Questa valutazione è rimasta incontestata. 2.6.4 In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare _____ del 16 ottobre 2020 e dei relativi complementi 28 ottobre 2020 e 9 luglio 2021, ai quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito

delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l'assicurato è totalmente inabile nella sua abituale attività dal 12 settembre 2014. In attività adeguate con le limitazioni d'ordine reumatologico, l'assicurato è abile al 100% dal 18 aprile 2018, eccetto un'abilità dello 0% dal 18 aprile al 18 luglio 2018. Per il periodo precedente il 2018, sempre per quel che concerne le attività adeguate, fa stato quanto accertato nella decisione 28 dicembre 2017 (inabilità del 100% sino al 31 marzo 2015 e dal 25 gennaio 2016 al 13 settembre 2016), cresciuta in giudicato. 2.7. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.7.1. In primo luogo l'assicurato sostiene che considerato il danno alla salute non esistano lavori alternativi esigibili, tenuto conto dei limiti attestati dal _____ e del fallito reinserimento lavorativo presso la _____. Inoltre il consulente AI non avrebbe indicato attività alternative. Va ricordato che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (STF 8C_248/2014 del 29 agosto 2014 consid. 2; DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Va altresì sottolineato che il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5, 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3; vedi anche Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità

né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Da aggiungere, per inciso, quanto ad eventuali difficoltà nel riuscire a reperire un'attività lavorativa, che il TCA non ignora evidentemente le difficoltà esistenti attualmente sul nostro mercato del lavoro. Tuttavia, ciò rappresenta un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (STF inedita del 10 settembre 1998 nella causa S.; DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 p. 96; SVR 1995 UV 35 p. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b, P. Omlin, op. cit., p. 83). In tale ipotesi deve semmai intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione (cfr. ad esempio STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012). In una STF 9C_248/2018 del 19 settembre 2018 il Tribunale federale ha evidenziato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è diverso rispetto a quello di mercato concreto del lavoro, nozione quest'ultima che compete all'assicurazione contro la disoccupazione e non all'AI. Ritornando al caso in esame, per quanto concerne la _____, è vero che i periti del _____ hanno ritenuto l'attività svolta non idonea. Tuttavia, nel rapporto 14 novembre 2013 il _____ aveva individuato le attività esigibili (pag. 215), tant'è che, come visto (cfr. consid. 1.1), con decisione del 4 febbraio 2014, respingendo la domanda di prestazioni, l'Ufficio AI aveva ritenuto esigibili "... quelle attività non qualificate che rispettano i limiti funzionali, attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione in un posto di lavoro e un breve periodo di adeguamento" (pag. 247). Inoltre, nel rapporto 3 novembre 2020 il consulente IP, con riferimento al suo precedente rapporto 12 luglio 2017 (doc. 182), ha concluso che "nonostante il danno alla salute dell'A. sono possibili numerose attività semplici e non qualificate che fanno riferimento alla categoria delle statistiche 4.2 nelle quali dopo un breve periodo d'introduzione l'attività potrà essere svolta in autonomia" (doc. 182). 2.7.2. Per il reddito da valido l'Ufficio AI ha preso in considerazione un salario di fr. 55'922 quantificato nella decisione 7 febbraio 2012 (cresciuta in giudicato), aggiornando il dato salariale al 2019 per giungere ad un importo di fr. 59'452 (cfr. doc. 257). Questo Tribunale non ha motivo per scostarsi da questo importo, rimasto del resto incontestato. Per quanto riguarda invece il salario da invalido, l'Ufficio AI si è fondato sui dati statistici nazionali, utilizzando la tabella TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari, e meglio i dati salariali forniti dalla la RSS TA1-tirage skill level Svizzera, emanata dall'Ufficio federale di statistica riferita al settore privato svizzero (cfr., a quest'ultimo proposito, DTF 142 V 178, in particolare consid. 2.5.7; DTF 128 V 174; sulla rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. anche RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.). Ha preso quindi in considerazione, in corretta applicazione dei salari statistici applicabili (tabella 2018), un importo di fr. 68'361,39 pari al salario statistico conseguibile da a personale maschile in un'attività semplice e ripetitiva, valore mediano nel settore privato svizzero. Tenuto conto di un'esigibilità del 100%, l'Ufficio AI ha poi riconosciuto una riduzione del reddito del 15% (di cui un 10% per attività leggera) fissando il reddito da invalido a fr. 58'107 (cfr. doc. 257). Dal raffronto tra il reddito da valido con quello da invalido è quindi emerso un grado d'invalidità del 2.26% L'assicurato sostiene che l'amministrazione non abbia considerato che il salario da valido era inferiore alla media, ciò

che impone un parallelismo dei redditi, rispettivamente un riconoscimento di un gap salariale del 14% circa, così come è stato applicato nella decisione del 7 febbraio 2012. A tal riguardo va ricordato che se è un assicurato, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito da valido considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentato, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). Ora, rettamente in sede di risposta di causa l'Ufficio AI ha fatto presente che nella decisione del 7 febbraio 2012 non era stato applicato un gap salariale (doc. 36). Del resto, altrettanto correttamente l'amministrazione ha evidenziato che anche con un ipotetico gap del 14% (da riconoscere sarebbe unicamente l'eccedenza del 5%, n.d.r.), l'assicurato non raggiungerebbe un grado minimo d'invalidità pensionabile. Infatti, la differenza tra l'invalidità del 2,26% (riconosciuta con la decisione impugnata) e quella del 40% sarebbe troppo importante per essere "colmata" dall'eventuale gap salariale. In queste circostanze, visto quanto sopra, rettamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni. Ne consegue che, confermata la decisione contestata, il ricorso va respinto.

2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente, il quale ha tuttavia chiesto "la dispensa dalle spese giudiziarie e gratuito patrocinio". Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Secondo l'art. 28 cpv. 2 Lptca la disciplina della difesa d'ufficio gratuito patrocinio è retta dalla Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria. L'art. 2 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, prevede che "l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative". Inoltre secondo l'art. 3 cpv. 1 LAG l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. Il gratuito patrocinio, sia in procedura ricorsuale che amministrativa, di principio può essere riconosciuto solo ad un avvocato patentato (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 9.2; STFA I 447/04 del 2 marzo 2005 consid. 4.2, citata in DTF 132 V 201 consid. 4.2 e 132 V 206 consid. 5.1.4; per quanto riguarda un avvocato non impiegato presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica e non iscritto in un albo cfr. DTF 132 V 206 consid. 5.1.4 = SVR 2006 IV Nr. 50 pag. 181; in DTF 132 V 200 il TF ha stabilito che a meno che non siano impiegati presso un'organizzazione riconosciuta di utilità pubblica, sono autorizzati a assistere gratuitamente ai sensi dell'art. 37 cpv. 4 LPGa unicamente gli avvocati che soddisfano per analogia le condizioni personali di iscrizione al registro ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 della legge federale sulla libera circolazione degli avvocati). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria, intesa

quale da esonero da spese processuali, sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno e se il processo non è palesemente privo di esito positivo; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti; cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STF U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie lo stato d'indigenza del ricorrente risulta dalla sua presa a carico da parte della pubblica assistenza, così come risulta dalla documentazione allegata al certificato municipale rilasciato il 23 febbraio 2021 e della relativa decisione di accoglimento della prestazione assistenziale (doc. E). Ritenuto inoltre che l'assicurato non possiede le necessarie conoscenze giuridiche e che il ricorso non appariva, ad un sommario esame iniziale, del tutto privo di possibilità di esito sfavorevole, la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio merita accoglimento, riservato l'obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (DTF 124 V 309, 122 I 5; art. 6 Lag).

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