

TI_GERICHTE 32.2023.115 vom 26. September 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-09-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.115

FR: TI_GERICHTE 32.2023.115 du 26 septembre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.115 del 26 settembre 2023

Regeste

Rendita intera di invalidità (grado di invalidità del 100%) dal 1° settembre 2020 (alla scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 LAI) limitatamente al 31 agosto 2022 (grado di invalidità del 6%). Decisione confermata

Erwägungen

E. 27

settembre 2023, il TF ha inoltre ribadito, al consid. 4.1, che “ se i fatti che giustificano il diritto alla rendita d'invalidità sono cambiati in misura tale da determinare un cambiamento significativo delle circostanze che motivano una revisione, il grado di invalidità deve essere rivalutato sulla base di uno stato di fatto stabilito in modo corretto e completo, senza fare riferimento a precedenti valutazioni dell'invalidità (9C_486/2022 del 17 agosto 2023 consid. 7.1 con riferimenti). ” (cfr. pure la STCA 35.2023.145 del 18 marzo 2024, 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. Nel Comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017 figurano inoltre le seguenti indicazioni: “ 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." 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). 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 in seguito costantemente confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 (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 32.2022.58 del 2 dicembre 2022, consid. 2.4, STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.6, STCA 32.2023.49 del 23 ottobre 2023, consid. 2.5, STCA 32.2023.47 dell'8 gennaio 2024, consid. 2.5 e la STCA 35.2023.145 del 18 marzo 2024, consid. 2.5). 2.6. Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale mentre invece nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (cfr. RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STF U 259/02

dell'8 luglio 2003 consid. 2.1.1; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in BJM 1989, p. 30ss.). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10 p. 33 ss. e RAMI 1999 U 356 p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. In una sentenza 8C_216/2009 del

E. 28

ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Trattandosi invece di perizie affidate dagli assicuratori sociali, durante la procedura amministrativa, a medici esterni all'amministrazione o a servizi specializzati indipendenti, esse godono di piena forza probatoria, a condizione che non esistano indizi concreti che ne mettano in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_458/2023 del 18 dicembre 2023 consid. 3.2.; STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati). Per quel che concerne il valore probante di un rapporto medico, determinante è che esso sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. SVR 2002 IV Nr. 21 p. 63; DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160 ss., consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). È infine utile osservare che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va, tuttavia, precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (cfr. STF I 811/03 del 31 gennaio 2005, consid. 5 in fine; STF I 673/00 dell'8 ottobre 2002; SVR 2000 UV Nr. 10 p. 35 consid. 4b). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pag. 203 e segg. (249-254).

Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352; cfr. STCA 32.2018.57 del 18 marzo 2019, consid. 2.5; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.4 in fine e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.4, STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.7 e STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.4; STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.7 e STCA 35.2023.145 del 18 marzo 2024, consid. 2.6). 2.7. Ai fini del presente giudizio giova qui pure ricordare che, per costante giurisprudenza federale, è la decisione impugnata che costituisce il presupposto e il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. STF 8C_787/2020 del 26 maggio 2021 consid. 2.3.; STF 8C_542/2019 del 4 dicembre 2019 consid. 4.1.; STF 8C_784/2016 del 9 marzo 2017 consid. 3.1.; STF 8C_448/2016 del 6 dicembre 2016 consid. 2; STF 8C_360/2010 del 30 novembre 2010 consid. 1 e 2; DTF 134 V 418 consid. 5.2.1.; DTF 131 V 164; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81 pag. 294) ed è la data della decisione impugnata che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pagg. 411; STF 8C_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti). Il giudice delle assicurazioni sociali esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Eccezionalmente, il giudice può però anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263), siano suscettibili di influenzare il giudizio e i diritti procedurali delle parti, in particolare il diritto di essere sentito, siano ossequiati (cfr. STF 8C_329/2022 del 19 dicembre 2022 consid. 3.3.; STF 9C_47/2022 del 22 novembre 2022 consid. 5.1.2.; DTF 130 V 138 consid. 2.1.; RCC 1989

pag. 123 consid. 3b, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3; STCA 10 gennaio 1996 nella causa G.R. consid. 2.6). (cfr. sul tema, tra le tante, pure le STCA 38.2016.44 del 25 novembre 2016, consid. 2.2; STCA 38.2011.65 del 9 gennaio 2012, consid. 2.7; STCA 32.2020.91 del 9 novembre 2020, consid. 2.8; STCA 35.2018.132 dell'8 aprile 2019, consid. 2.2; STCA 42.2021.42 del 13 settembre 2021, consid. 2.6; STCA 32.2021.1 dell'8 marzo 2021, consid. 2.7.4; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020 consid. 2.7; STCA 32.2018.65 del 14 agosto 2019 consid. 2.6; STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.8).

2.8. 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° settembre 2020 (alla scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 LAI) limitatamente al 31 agosto 2022 (trascorsi 3 mesi dall'oggettivo miglioramento dello stato di salute a partire dal maggio 2022 ex art. 88a cpv. 1 OAI), ritenendolo inabile al lavoro, sia nell'attività abituale di "giardiniere tuttofare" sia in attività adeguate, al 100% dal 25 settembre 2019 all'aprile 2022 e al 20% dal maggio 2022 e continua. La rappresentante dell'assicurato censura la decisione dell'UAI di limitare la rendita al 31 agosto 2022, visto che lo stato di salute del suo assistito non sarebbe migliorato a decorrere dal maggio 2022, contrariamente a quanto ritenuto dall'amministrazione, in base a quanto indicato dal SMR, fondandosi sulla perizia pluridisciplinare del _____. Ciò che sarebbe peraltro comprovato da quanto attestato dai medici curanti (anche specialisti) del suo cliente.

2.9. Dalle tavole processuali emerge che l'8 agosto 2022 (pag. 390-395 incarto AI) l'UAI ha incaricato, seguendo la procedura prevista dall'art. 44 LPGA (pag. 399 e 400 incarto AI), il _____ di eseguire un accertamento pluridisciplinare (in ambito internistico, neurologico, reumatologico e psichiatrico). Il rapporto peritale del _____ è datato 9 maggio 2023 (pag. 417-506 incarto AI).

2.9.1. Dal profilo somatico, nella valutazione del 9 maggio 2023 con visita in data 10 ottobre 2022 dalle ore 8.30 alle ore 13.15 e dalle ore 14.30 alle ore 15.30 (pag. 418 e 449 incarto AI), il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna generale, dopo avere posto unicamente delle diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa ("Dislipidemia in trattamento farmacologico"), ha concluso per una capacità lavorativa del 100%, dal profilo internistico, in qualsiasi attività lucrativa (pag. 445-447 incarto AI). Nella valutazione del 10 novembre 2022 con visita del 12 ottobre 2022 dalle ore 10.15 alle ore 11.15 (pag. 466 incarto AI), il dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, dopo avere posto unicamente delle diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa ("Sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-cefale su alterazioni degenerative C5-C6 e C6-C7; Sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogenica ricorrente a livello della gamba di sin. senza deficit sensitivo o motori su una discopatia L5-S1; Periartropatia dell'anca sin. in stato dopo intervento chirurgico di artroscopia dell'anca sinistra con resezione parziale del labbro anteriore superiore e sinovialectomia subtotale in data 20.5.2021; Periartropatia del ginocchio sin. in stato dopo intervento chirurgico in data 28.11.2019 con artroscopia del ginocchio sin. con resezione parziale del menisco mediale nonché asportazione della plica medio-patellare e microfratturazione della lesione cartilaginea e toilette del menisco laterale al bordo centrale nonché reintervento in data 20.5.2021 con resezione parziale del menisco mediale, condroplastica del piatto tibiale posteriore e mediale, sinovialectomia parziale."), ha concluso per una capacità lavorativa del 100%, dal profilo reumatologico, in qualsiasi attività lucrativa (pag. 466-479 incarto AI). In particolare il perito reumatologo ha osservato che, da ultimo a partire dal gennaio 2018, l'assicurato aveva lavorato quale uomo tuttofare e giardiniere presso una datrice di lavoro privata, svolgendo attività di giardinaggio, costruzioni di terrazzamenti,

manutenzioni in misure variabili da poche ore fino a un massimo di 100 ore al mese. Egli aveva interrotto tale attività lavorativa il 19 agosto 2019 e nel novembre 2019 si era infortunato al ginocchio sinistro, riportando una lesione del menisco mediale per cui era stato sottoposto a due interventi chirurgici artroscopici, il 28 novembre 2019 e il 20 maggio 2021. Il perito ha rilevato che vi era stato un buon recupero della sintomatologia dolorosa anche se l'assicurato aveva difficoltà nell'estensione completa del ginocchio di sinistro, una certa debolezza alla gamba sinistra con alle volte un cedimento del ginocchio sinistro. Il perito ha osservato che l'indagine clinica attuale era blanda e che vi era una certa discrepanza fra le difficoltà nella deambulazione con zoppia e difficoltà a camminare sulla punta dei piedi e sui talloni rispetto ai movimenti esigibili in posizione sdraiata. Inoltre non ha riscontrato segni di versamento o per lesioni legamentari o meniscali sicure. Il perito ha rilevato che l'assicurato aveva pure presentato dei dolori nella zona dell'inguine di sinistra e che le indagini radiologiche effettuate nonché un'infiltrazione con fluoroscopia dell'anca di sinistra avevano messo in evidenza la presenza di una sintomatologia d'impingement. Per questo motivo era stato sottoposto a un intervento chirurgico in data 20 maggio 2021 di resezione parziale del labbro anteriore superiore e sinovialectomia subtotale. L'evoluzione dopo questo intervento era stata particolarmente favorevole. L'assicurato, al momento della visita, presentava dei dolori solo nella fase finale della rotazione esterna e quando doveva aprire in maniera completa le gambe bilateralmente. Vi era una certa sintomatologia anche a livello dell'anca destra, ma non particolarmente invalidante. Egli aveva presentato nel decorso dei dolori alla colonna cervicale e lombare con un episodio di tipo sciatalgico. Al momento della visita vi erano dei reperti particolarmente blandi con una buona mobilità della colonna vertebrale sia a livello cervicale che lombare. Aveva comunque una sindrome cervico-vertebrale e lombo-spondilogeno sul lato sinistro. Alle indagini radiologiche vi era una discopatia C5-C6 e C6-C7 cervicale e una discopatia L5-S1 lombare. Vi era un miglioramento dei reperti radiologici di MRI con regressione di un'ernia discale L5-S1 evidenziata precedentemente. Nella valutazione dell'8 marzo 2023 con visita del 10 novembre 2022 (pag. 480 incarto AI), il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, dopo avere posto unicamente delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa (“ Cefalee miste croniche, difficilmente quantificabili come intensità, in buona parte di tipo tensivo con possibile componente emicranica, piuttosto rara (non trattata). ”), ha concluso per una capacità lavorativa del 90% (100% presenza con una riduzione di rendimento del 10%), dal profilo neurologico, in qualsiasi attività lavorativa (pag. 480-492 incarto AI). In particolare il perito neurologo ha osservato che si tratta di un assicurato di 50 anni con varie attività professionali sempre piuttosto di tipo manuale e relativamente pesanti, che dopo un'infezione ORL ha incominciato ad accusare delle cefalee, delle cervicalgie diventate croniche e in seguito anche delle lombosacralgie con bloccaggi, in presenza di alterazione statico-degenerative del rachide. Inoltre soffre dei dolori nel membro inferiore sinistro in parte d'origine ortopedica, con sindrome anca-ginocchio, dove ha subito anche degli interventi, di vari problemi internistici e di problemi cutanei a livello del cuoio capelluto. È stato valutato dai propri medici curanti incapace al lavoro al 100% in attività pesanti, eventualmente in forma minore anche in attività più leggere, soprattutto per le cefalee. Il perito amministrativo ha rilevato che, dal punto di vista neurologico, le cefalee non sono tali da motivare un'incapacità lavorativa superiore al 10%, per quel che concerne la componente tensiva, per la componente emicranica le crisi sarebbero piuttosto rare, da come descrive l'assicurato, non più di una volta alla settimana e non motivano un trattamento specifico. A suo avviso, dal punto di vista strettamente neurologico, dunque il

grado d'incapacità per le cefalee è al massimo del 10%. Il perito amministrativo ha sottolineato l'assenza di sindrome cervico-vertebrale, nessun segno di sofferenza radicolare o midollare a livello dei membri superiori, nessuna sindrome lombo-vertebrale, senza segni di sofferenza radicolare ai membri inferiori, sia dal punto di vista clinico, che elettro-neuromiografico (ENG eseguito da lui stesso durante la visita specialistica: cfr. pag. 492 incarto AI), soprattutto al membro inferiore sinistro per le radici L5 ed S1. Dal punto di vista strettamente neurologico non è quindi dato un grado d'incapacità lavorativa di tipo radicolare ai quattro membri. Il perito ha inoltre precisato che, dal punto di vista clinico, è presente una discrepanza fra i disturbi lamentati dall'assicurato (dolori cervicali, lombo sacrali, disturbi del membro superiore sinistro, nel membro inferiore sinistro con parestesie) e l'assenza di un riscontro clinico all'esame neurologico ed elettro-neuro-fisiologico (pag. 488 incarto AI). Alla domanda "Quali requisiti dovrebbe soddisfare un'attività adeguata in grado ottimale alla disabilità?" il perito ha inoltre risposto " Non particolarmente differente dall'attività attuale, possibilità di muoversi, di cambiare posizione, non essere sottoposto ad attività con ritmi continui ed intensi " (pag. 490 incarto AI).

2.9.2. Dal profilo psichiatrico , nella valutazione del 16 novembre 2022 con visita del 2 novembre 2022 dalle ore 10.00 alle ore 11.00 e del 16 novembre 2022 dalle ore 9.30 alle ore 10.00 (pag. 493 incarto AI), il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo avere posto unicamente delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa (" Reazione ansioso-depressiva su sindrome da disadattamento (ICD10-F43.2). "), ha concluso per una capacità lavorativa dell'80% (100% presenza con una riduzione di rendimento del 20% per dei " deficit di caricabilità psichica con ridotta resistenza, ridotta resa e scarsa capacità di tollerare lo stress ": cfr. pag. 503 incarto AI), dal profilo psichiatrico, in qualsiasi attività lavorativa (pag. 493-506 incarto AI). In particolare il perito psichiatra ha osservato che l'assicurato presenta una deflessione timica riconducibile essenzialmente ad un disturbo ansioso depressivo reattivo alle preoccupazioni inerenti alla evoluzione delle sue condizioni fisiche e in modo particolare ai timori delle ripercussioni che potrebbe avere lo stato di cose venutosi a creare come conseguenza delle poli-patologie di cui è affetto (ad esempio, il mancato rinnovo del suo permesso di soggiorno in Svizzera). Secondo il perito psichiatra - a fronte quindi di un quadro psicopatologico ansioso depressivo di natura essenzialmente reattiva (che in sé stesso non sembra essere di entità tale da giustificare una inabilità lavorativa prolungata) e nonostante le intatte motivazioni dell'assicurato volte alla ripresa e alla reintegrazione nel mercato del lavoro (nella misura che ciò risultasse all'assicurato possibile ed attuabile) - sussistono delle problematiche di salute persistenti che hanno incrementato nell'assicurato il timore di venire prima o poi rimpatriato. D'altro canto l'assicurato ha potuto comunque constatare, l'effetto positivo conseguente all'assunzione della farmacoterapia, rispettivamente dell'amitriptilina prescrittagli dalla neurologa curante per la prevenzione della emicrania e della cefalea tensionale e del trazodone prescrittagli dalla psichiatra curante per il trattamento dei disturbi del sonno.

2.9.3. Globalmente , quindi, nel rapporto peritale del 9 maggio 2023, i medici del _____, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento come pure dell'esauriente discussione avvenuta tramite teleconferenza l'8 maggio 2023 alle ore 14.00 (pag. 449 incarto AI) hanno posto le seguenti diagnosi: "

4.3.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa
Diagnosi neurologiche -Cefalee miste croniche, difficilmente quantificabili come intensità, in buona parte di tipo tensivo con possibile componente emicranica, piuttosto rara (non trattata).
Diagnosi psichiatriche - Reazione ansioso-depressiva su sindrome da disadattamento

(ICD10-F43.2). 4.3.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa
Diagnosi reumatologiche - Sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-cefale su alterazioni degenerative C5-C6 e C6-C7. - Sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno ricorrente a livello della gamba di sin. senza deficit sensitivo o motorici su una discopatia L5-S1. -Periartropatia dell'anca sin. in stato dopo intervento chirurgico di artroscopia dell'anca sinistra con resezione parziale del labbro anteriore superiore e sinovialectomia subtotale in data 20.5.2021. -Periartropatia del ginocchio sin. in stato dopo intervento chirurgico in data 28.11.2019 con artroscopia del ginocchio sin. con resezione parziale del menisco mediale nonché asportazione della plica medio-patellare e microfratturazione della lesione cartilaginea e toilette del menisco laterale al bordo centrale nonché reintervento in data 20.5.2021 con resezione parziale del menisco mediale, condroplastica del piatto tibiale posteriore e mediale, sinovialectomia parziale. Altre diagnosi internistiche Dislipidemia in trattamento farmacologico.” (pag. 456 incarto AI). Va anche evidenziato che, nell’ambito delle “ ripercussioni funzionali dei reperti/delle diagnosi ”, i periti del _____ hanno precisato quanto segue: " (...) Secondo il consulente in reumatologia (...). Quale eventuale unico limite è quello inerente il ginocchio sin. di salire e scendere ripetutamente scale a pioli o di doversi inginocchiare frequentemente. (...). Per il consulente in psichiatria si evidenziano dei deficit della caricabilità psichica con ridotta resistenza, ridotta resa e tenuta e scarsa capacità a tollerare lo stress. (...)" (pag. 457 incarto AI; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice). Nell’ambito della “ discussione dei fattori di stress e risorse ”, i periti del _____ hanno puntualizzato quanto segue: " Secondo il consulente in reumatologia l'A. ha ancora intatte risorse per rientrare nel mondo del lavoro. Non vi sono dal punto di vista reumatologico fattori di stress. Questi vanno eventualmente cercati in altri ambiti medici. Il consulente in neurologia descrive, riferendosi alla situazione dell'A., permesso di lavoro verosimilmente a rischio, poco istruito, facilmente adattabile in attività manuali, con sviluppo di problematiche somatiche a più livelli, senza evidenti lesioni tali da motivarne un'incapacità lavorativa maggiore, con scarse prospettive di lavoro future Per il consulente in psichiatria l'A. presenta una ridotta tolleranza nei confronti delle fonti di stress.” (pag. 457 incarto AI). I periti del _____ hanno pure sottolineato che: " (...) le incapacità lavorative descritte dai consulenti non debbano essere sommate ma integrate, in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali, di rendimento e di carico che si sovrappongono.” (pag. 458 incarto AI). Quanto alla capacità lavorativa medico - teorica globale, i medici del _____ hanno ritenuto l’assicurato inabile al 100% in qualsiasi attività lucrativa (attuale e adeguata) a partire dal settembre 2019 rispettivamente abile all’80% (100% presenza con una riduzione di rendimento del 20% per motivi neurologici e psichiatrici), in qualsiasi attività lucrativa (attuale e adeguata), a partire dal maggio 2022 (pag. 458-461 incarto AI). 2.10. Le diagnosi e le conclusioni dei periti del _____ in merito alla capacità lavorativa dell’assicurato sono state inoltre fatte proprie anche dal medico SMR, dr. med. _____, nel rapporto finale del 12 maggio 2023 (pag. 540-543 incarto AI). Nella medesima occasione egli ha parimenti ripreso le limitazioni funzionali (nessuna limitazione di carico, alternanza della postura al bisogno, nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari: pag. 541 incarto AI) e gli “ Ulteriori limiti e/o risorse ” indicati dai periti del _____ e più precisamente: " Dal profilo reumatologico l'A. non presenta limitazioni funzionali significative per quanto riguarda i disturbi alla colonna vertebrale, all'anca di sin. e al ginocchio sin. Gli interventi eseguiti

hanno portato a un netto miglioramento dei suoi disturbi. Vi è una certa discrepanza fra i reperti clinici attuali e la sofferenza persistente al ginocchio di sin. Quale eventuale unico limite è quello inerente il ginocchio sin. di salire e scendere ripetutamente scale a pioli o di doversi inginocchiare frequentemente. Dal profilo neurologico nell'attività abituale/adequata l'A. deve avere la possibilità di muoversi, di cambiare posizione, non essere sottoposto ad attività con ritmi continui e intensi. Dal profilo psichiatrico vi sono dei deficit della caricabilità psichica con ridotta resistenza, ridotta resa e tenuta e scarsa capacità a tollerare lo stress. Dal profilo internistico non vi sono limitazioni della capacità lavorativa.” (pag. 541 incarto AI). 2.11. 2.11.1. Successivamente alla perizia del _____, l'assicurato ha versato agli atti svariata documentazione medica, anche specialistica. In particolare, il certificato medico del 7 luglio 2023 della dr.ssa med. _____, specialista FMH in medicina interna e medico di famiglia dell'assicurato, giusta il quale: " (...) Il paziente, ad oggi, risulta dal punto di vista internistico inabile al lavoro nella misura del 100% nell'attività abituale (giardiniere tutt'altro) ed eventualmente potrebbe essere previsto un reinserimento con capacità lavorativa non superiore al 30% in attività adeguata che non preveda l'impiego di forza, il mantenimento di una stazione eretta, la torsione del bacino o la sollecitazione protratta dei 4 arti. Ad oggi infatti il paziente continua a sottoporsi a svariati accertamenti medici che lo vedono continuamente sottoposto a nuove indagini di approfondimento diagnostico, e che peraltro non lo conducono ad un migliorar lento sostanziale della performance fisica. Risulta infatti poco comprensibile pensare che il paziente possa passare da una inabilità del 100 % attestata dal 25.09.2019 al 30.04.2022, ad una IL del 20% a decorrere dal 01 maggio 2019, in assenza di sostanziali cambiamenti dello status generale. Ricordiamo inoltre che il sig. RI 1 presenta un'importante problematica psichiatrica, trattata sia farmacologicamente che, nell'ultimo anno, mediante presa a carico specialistica psichiatrica regolare. Tale aspetto, oltre alla precarietà della situazione socio-finanziaria, pesa oltre modo sulla già fragile situazione internistica e rende a mio avviso nulla la possibilità di un reinserimento lavorativo dello stesso.” (pag. 561-563 incarto AI). Il certificato medico del 14 giugno 2023 del dr. med. _____, specialista FMH in anestesiologia e trattamento invasivo del dolore - che ha visitato l'assicurato il 12 giugno 2023 per una cervicalgia con predominanza sinistra e irradiazione lungo il braccio sinistro laterale (alla luce di una RM eseguita il 5 aprile 2023 che ha messo in evidenza una protrusione discale ad ampio raggio C5-C6 e C6-C7, invariata rispetto l'esame precedente del 2019: cfr. pag. 564 incarto AI) - giusta il quale: " (...) I dolori del signor RI 1 sono piuttosto aspecifici in quanto la distribuzione della sintomatologia non segue i classici dermatomi radicolari. Anche la RM rileva due discopatie sotto forma di protrusioni ad ampio raggio non dimostrano chiari segni per stenosi radicolare. Vale sicuramente la pena di eseguire delle infiltrazioni peridurali ma anche di tipo MBB; il paziente attualmente vuole aspettare perché è in fase di miglioramento. Il paziente ci contatterà in caso di peggioramento del dolore per valutare l'organizzazione dell'infiltrazione.” (pag. 564-565 incarto AI). I certificati medici dell'8 e del 30 maggio 2023 della dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia - che ha visitato l'assicurato il 2 e il 30 maggio 2023 per una problematica inguinale (pag. 566-578 incarto AI). Il certificato medico del 20 aprile 2023 della dr.ssa med. _____, specialista FMH in neurologia e medico specialista curante dell'assicurato - che ha eseguito in medesima data una elettroencefalografia (ENG), per una sospetta sindrome del tunnel carpale, risultata nella norma - giusta il quale: " (...) Assenza di elementi elettrofisiologici avocatori di una qualsivoglia neuropatia in questo paziente che soffre tuttavia di un dolore

neuralgico lungo il territorio della radice C7 di sinistra per cui chiedo ai colleghi della Terapia del Dolore di volerlo convocare per una valutazione ed infiltrazione.” (pag. 579 e 580 incarto AI). 2.11.2. Interpellato a tal proposito dall’UAI, nell’annotazione del 21 agosto 2023 il medico SMR, dr. med. _____, ha rilevato quanto segue: " (...) non emerge alcun nuovo elemento che non sia già stato constatato e valutato. In particolare: 1) Il rapporto della Dr.ssa med. _____ del 07.07.2023 oltre all'elenco delle diagnosi di cui risulta sofferente l'A. (da noi tutte conosciute e valutate), menziona una generica valutazione sulla capacità lavorativa dell'A. non supportata da nuove indagini strumentali e/o visite specialistiche. In definitiva si tratta di una semplice attestazione dell'incapacità lavorativa senza un minimo di requisiti che comporti un completo certificato medico, cioè diagnosi, descrizione del quadro clinico ed evoluzione dello stesso, descrizione della terapia in atto ed i risultati della stessa: tutto questo manca completamente in questo certificato che non ha nessuna valenza probatoria. 2) I rapporti della Dr.ssa med _____ del 31.05.2023 e del 08.05.2023 descrivono sia una linfadenopatia da pregressa infezione e sia una biopsia di un linfonodo inguinale a destra (il cui risultato è stata l'assenza di malignità a carattere metastatico e/o tumorale). Il tutto non ha alcuna valenza sulla capacità lavorativa di lunga durata dell'A.. Oltre a ciò viene descritto il trattamento topico di un sospetto di intertrigo a livello inguinale bilateralmente con esito positivo (scomparsa delle lesioni cutanee a livello inguinale bilateralmente). 3) Infine un rapporto della neurologa Dr.ssa med. _____ del 22.04.2023 che cita di un dolore neuralgico in territorio della radice di C7 a sinistra smentito dall'anestesista Dr. med. _____ della clinica Moncucco dove nel suo rapporto del 14.06.2023 non conferma la diagnosi della Dr.ssa _____ ed attesta l'assenza di compressioni radicolari: " Cervicalgia con predominanza sx e Irradiazione lungo i/ braccio ipsi laterale > RM del 05.04.2023: protrusione discale ad ampio raggio CS-C6 e C6-C7, invariata rispetto l'esame precedente del 2019 I dolori del signor RI 1 sono piuttosto aspecifici quanto la distribuzione della sintomatologia non segue i classici dermatomi radicolari. Anche la RM rileva due discopatie sotto forma di protrusioni ad ampio raggio non dimostrano chiari segni per stenosi radicolare ". Per cui in considerazione di quanto sopra non emergono nuovi elementi medici influenti sulla capacità lavorativa dell'A. che non siano già stati constatati e valutati dalla perizia pluridisciplinare _____ del 09.05.2023. Si conferma il rapporto medico SMR del 12.05.2023.” (pag. 597 e 598 incarto AI). 2.11.3. Davanti al TCA, la patrocinatrice dell’assicurato ha versato agli atti: - il certificato medico del 15 novembre 2023 della dr.ssa med. _____, giusta il quale: “ Si certifica che il paziente in epigrafe, per motivi di ordine medico, continua ad essere inabile al lavoro nella misura del 100% a tempo indeterminato .” (doc. F); - il certificato medico del 22 novembre 2023 della dr.ssa med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, giusta il quale l’assicurato è inabile al lavoro al 100% dal 19 agosto 2022 al 22 novembre 2023 (461 giorni) per “ malattia ” (doc. G); - il certificato medico del 26 settembre 2023 del PD dr. med. _____, specialista FMH in ortopedia e traumatologia, giusta il quale la RM della caviglia sinistra nativa del 19 luglio 2023 mette in evidenza una “ una lesione parziale del legamento peroneo-astragalico anteriore e del tendine peroniero breve, con assottigliamento delle cartilagini articolari in particolare in sede tibio-astragalica, in assenza di lesioni osteocondrali. Vi sono focali lesioni osteocondrali degenerative in corrispondenza del calcagno a livello del seno del tarso. ” mentre la RM del rachide lombare nativo del 4 febbraio 2023, rispetto al precedente controllo, mette in evidenza una riduzione dell’ernia discale L5-S1 “che attualmente non mostra compressioni sull’origine delle radici S1; restanti reperti immo modificati ” e la RM del

ginocchio sinistro nativo mette in evidenza dei “ rilievi invariati rispetto all’indagine RM precedente del 20 agosto 2021 ” e che ha concluso quanto segue: “ Secondo me il paziente soffre di una depressione severa. Lui comunica di essere in trattamento psicologico. Sarebbe anche da sistemare la sua situazione sociale che, secondo quanto riferisce il paziente, sarebbe devastante. Dal punto di vista ortopedico ho proposto di cambiare fisioterapia e avere un approccio più dinamico. Vedo il signor RI 1 fra due mesi per un controllo clinico ” (doc. H). - il certificato medico del 4 dicembre 2023 del PD _____, giusta il quale l’assicurato è inabile al lavoro al 100% dal 1° al 31 dicembre 2023 (doc. I).

2.11.4. Interpellato a tal proposito dall’UAI, il 7 febbraio 2024 i periti del _____ hanno confermato integralmente la precedente valutazione del 9 maggio 2023 (doc. XV-I). In particolare, nel complemento peritale del 19 gennaio 2024, il perito neurologo ha osservato quanto segue: " (...) Faccio notare che dal punto di vista neuroradiologico non sono state messe in evidenza ulteriori patologie. La Dott.ssa Med. _____, FMH in Neurologia della Clinica di _____, in uno scarso rapporto dei 20.04.2023, parla di una possibile sofferenza radicolare C7 sinistra, aveva praticato anche un esame elettroencefalografico del nervo mediano e ulnare a sinistra normali, non parla di deficit neurologici, né di asimmetrie dei riflessi. Ricordo che nel mio stato neurologico del 10.11.2022 l'A. presentava dei riflessi tutti normali e simmetrici, in particolare i riflessi tricipitali bilaterali, nessun deficit sensitivo-motori ai membri superiori. La motilità cervicale era libera, senza dolori particolari, senza irradiazioni disestetiche nei membri superiori, né segno di Lhermitte. Altrimenti dalla documentazione messami a disposizione dal punto di vista neurologico, non c'è stata nessuna modifica del quadro clinico, in particolare per quel che concerne le cefalee miste. Dal punto di vista strettamente neurologico non ho dunque motivo di modificare le mie conclusioni della Perizia dell'08.03.2023.” (doc. XV-I). Nel complemento peritale del 24 gennaio 2024, il perito reumatologo ha osservato quanto segue: " (...) La documentazione messami a disposizione si riferisce a un rapporto medico del PD Dr. med. _____ del 26.09.2023. (...). Si tratta (...) di una documentazione, che per quanto riguarda l'aspetto prettamente reumatologico, segnala solo delle alterazioni di tipo degenerativo nella zona della caviglia, piccole lesioni parziali ai tendini. L'ortopedico curante non ha indicato, oltre ai procedimenti fisioterapici, altri approcci terapeutici, soprattutto di tipo invasivo. Si tratta di alterazioni di modica entità. Queste non provocano quindi ulteriori limitazioni funzionali rispetto a quelle da me determinate. Per quanto poi riguarda la colonna vertebrale, la nuova RM effettuata, non mostra peggioramenti. Vi sono addirittura dei miglioramenti per quanto riguarda la discopatia L5/S1. Viene posto soprattutto da parte dell'ortopedico curante, particolare attenzione sul lato psicologico dell'assicurato. Fatto questo non di mia competenza. Ritengo pertanto che l'ulteriore documentazione inoltrata per quanto riguarda le sole patologie di tipo reumatologico, non apporta a nessuna modifica né per quanto riguarda le limitazioni funzionali né per quanto riguarda le capacità lavorative da me espresse nella mia valutazione peritale del 10.11.2022 in vostro possesso.” (doc. XV-I). Nel complemento peritale del 22 gennaio 2024, il perito psichiatra ha osservato quanto segue: " (...) ho preso visione della documentazione medica inviatami tramite la vostra email del 18.01.2024 e in modo particolare del certificato medico del 22.11.2023 della collega psichiatra Dr.ssa _____ nel quale non emergono nuovi elementi clinici tali da modificare l'inquadramento diagnostico da me riportato nella valutazione specialistica effettuata nell'ambito della perizia _____ per cui sono a confermare le mie conclusioni peritali. Rispetto a quanto citato nelle osservazioni dell'Avv. RA 1 a riguardo

della perizia psichiatrica posso solo segnalare di avere ravvisato che ella si limita a formulare un giudizio negativo esponendo delle considerazioni critiche nei confronti della qualità della perizia da me effettuata e giudicandola in particolare lacunosa essenzialmente per non aver preso in esame tutti gli indicatori atti a valutare la capacità lavorativa dell'A. A proposito di questa obiezione faccio notare che indicatori quali il livello di gravità della diagnosi psichiatrica, la portata dei disturbi psichici accusati dall'A., il decorso della malattia, la qualità e il decorso delle terapie specialistiche che sono state messe in atto, la motivazione espressa dall'A. verso una sua possibilità di reinserimento professionale, la presenza o meno di aspetti della personalità rilevanti ai fini della reintegrazione professionale e l'esame delle risorse a disposizione dell'A. indipendentemente dall'affezione psichica di cui egli è affetto sono tutti elementi che stati ampiamente trattati in tutto l'ambito della perizia. Rispetto infine alla questione sollevata dall'Avv. RA 1 in merito ad una quasi non comprensione della lingua italiana da parte dell'A. posso dire di avere constatato che egli possedeva una se non buona perlomeno discreta padronanza del mezzo linguistico e che questa era comunque più che sufficiente al fine dello svolgimento della perizia.” (doc. XV-I). Alla luce delle considerazioni e le conclusioni espresse dai periti del _____ nei citati complementi, nell’annotazione del 9 febbraio 2024, il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato integralmente il rapporto finale del 12 maggio 2023 stilato sulla base della perizia pluridisciplinare del _____ del 9 maggio 2023 (Doc. XV-2).

2.11.5. In seguito, la patrocinatrice dell’assicurato ha versato agli atti: - il certificato medico del 29 febbraio 2024 in cui la dr.ssa med. _____ ha indicato la lista delle visite mediche a cui si è sottoposto da lei RI 1 negli anni 2019-2024 (doc. M); - la lettera del 1° marzo 2024 della dr.ssa med. _____ all’avv. RA 1, giusta la quale: “(...) con la presente le riferisco i motivi per cui a mio avviso il paziente citato a margine è da ritenersi inabile al lavoro nella misura del 100%. Senza entrare nei dettagli relativi alle patologie ortopediche ed internistiche di cui tuttora il paziente soffre, riferisco che dal punto di vista neurologico permangono 3 problemi cronici severi. In primis dei disturbi cognitivi sottoforma di deficit dell'attenzione con significativo rallentamento fronto-esecutivo (ciò che compromette qualsiasi tipo di lavoro di natura mentale), una cefalea emicranica e tensiva cronica refrattaria ai trattamenti classici e per cui ho chiesto alla cassa malati di coprire i costi relativi ad un trattamento a base di iniezioni di tossina botulinica (che la cassa malati sfortunatamente ha rifiutato e che a sua volta compromette qualsiasi tipo di lavoro di natura mentale o fisica), da ultimo ma non per ordine di importanza negli ultimi mesi vi è stato un peggioramento della nota cervico-brachialgia sinistra su ernia del disco da un lato con conflitto disco-radicolare C6 bilaterale e impronta sul midollo nonché fenomeno simile a livello L5-S1 con conflitto disco-radicolare S1 a sinistra; sia l'ernia cervicale che quella lombare oltre a provocare dei dolori elettrizzanti portano anche ad un deficit puntuale della forza a livello dell'arto superiore di sinistra e di entrambi gli arti inferiori , ragion per cui il paziente sarà a breve sottoposto a nuovo neuro-imaging, dopodiché bisognerà probabilmente organizzare un consulto neurochirurgico per scongiurare l'instaurarsi di una paresi versus, paralisi agli arti irreversibile. In conclusione considerando anche solo la situazione neurologica del paziente vi sono a mio avviso plurimi elementi che rendono l'ipotesi di un rientro lavorativo anche a tempo parziale di qualsiasi tipo (fisico o mentale) a dir poco improponibile.” (doc. N); - il referto del 24 febbraio 2024 della MR del ginocchio sinistro nativo che, confrontato con una indagine RM precedente del 6 febbraio 2023, ha messo in evidenza quanto segue: “ Un poco rimarcate le note lesioni osteocondrali del comparto mediale e l'edema osseo dell'emipiatto tibiale interno. Modicamente ridottala

piccola cisti di Baker del diametro longitudinale di 1,3 cm circa. Restanti rilievi invariati a indagine precedente del 06/02/23 ” (doc. O). - una ricetta medica del 21 febbraio 2024 del dr. med. _____, specialista FMH in otorinolaringoiatria (doc. P). 2.11.6. Interpellato a tal proposito dall’UAI, nell’annotazione del 18 marzo 2024 il medico SMR, dr. med. _____, ha rilevato che, rispetto alla perizia pluridisciplinare del _____ del 12 maggio 2023 e ai relativi complementi del 2024, " non emerge alcuna refertazione medica specialistica e/o indagine diagnostica che oggettivamente descriva un diverso stato di salute dell'A. antecedente 26.09.2023. A riprova di ciò vi è il certificato inviatoci dalla stessa neurologa Dr.ssa _____ del 29.02.2024 dove cita tutte le visite da lei effettuate e si può notare che nel 2023 l'ultima visita è avvenuta il 15.11.2023 ed il relativo rapporto è stato ampiamente valutato dal perito neurologo Dr. med. _____, dove il 19.01.2024 esprimeva: - " Ho esaminato la documentazione messami a disposizione, su richiesta della SMR, concernente le osservazioni del Rappresentante Legale con vari certificati medici. Faccio notare che dal punto di vista neuroradiologico non sono state messe in evidenza ulteriori patologie " Per cui il nuovo rapporto della neurologa Dr. med. _____ del 01.03.2024 dove menziona: " ...negli ultimi mesi vi è stato un peggioramento della nota cervico-brachialgia sinistra su ernia del disco da un lato con conflitto disco-radicolare C6 bilaterale e impronta sul midollo nonché fenomeno similare a livello L5-S1 con conflitto disco-radicolare S1 a sinistra... " descrive un peggioramento verificatosi con verosimiglianza preponderante nel corso del 2024, quindi successivamente alla decisione del 26.09.2023. Infine per ciò che attiene le osservazioni dell'Avv. RA 1 il 04.03.2024, in assenza di oggettivi referti diagnostici e/o rapporti di visite specialistiche, non si ritiene necessario richiedere una nuova presa di posizione al neurologo Dr. med. _____." (doc. XIX-1; n.d.r.: il grassetto e le sottolineature non sono della redattrice) Il TCA ha trasmesso il doc. XIX-1, per conoscenza, all’avv. RA 1 (doc. XX). 2.12. Il TCA è chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’UAI prima della data di emissione della decisione qui impugnata (nel caso concreto il 26 settembre 2023) che segna, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 2.7, il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali. Dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti (cfr., in particolare, quella riassunta al consid. 2.10-2.12), questa Corte ritiene di poter fondare il proprio giudizio sull’apprezzamento espresso dai periti amministrativi (nella valutazione peritale del 9 maggio 2023 del _____ e nei relativi complementi del 2024), incaricati dall’amministrazione nel rispetto della procedura di cui all’art. 44 LPGGA (cfr. supra , consid. 2.9) e in assenza di indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro fondatezza (cfr. supra , consid. 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, 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. Le conclusioni dei periti del _____ sono state peraltro fatte proprie anche dal medico SMR, dr. med. _____, nel rapporto finale del 12 maggio 2023 (pag. 540-543 incarto AI) e nell’annotazione del 9 febbraio 2024 (Doc. XV-2). A proposito del medico SMR va sottolineato che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a

disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurati-ve, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Il TCA non ha nemmeno motivo per dubitare delle considerazioni - dettagliate, approfondite e convincenti - espresse dal medico SMR nelle annotazioni del 21 agosto 2023 (pag. 597 e 598 incarto AI) e del 18 marzo 2024 (doc. XIX-1). 2.13. Questa Corte non ignora la svariata documentazione medica versata agli atti dalla patrocinatrice dell'insorgente riassunta ai consid. 2.11.1, 2.11.3 e 2.11.5. Tuttavia essa non è, in ogni caso, atta a sminuirne la piena forza probante della perizia pluridisciplinare. Innanzitutto, va ricordato che questi rapporti medici hanno comunque un valore probatorio minore rispetto a quello attribuibile alla perizia amministrativa esterna del 9 maggio 2023 (e ai relativi complementi del 2024) del _____ (cfr. consid. 2.6). In secondo luogo, essi non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dai periti amministrativi (fatta eccezione per la lettera del 1° marzo 2024 della neurologa curante di cui si è già detto al consid. 2.11.5 e di cui si riferirà al consid. 2.15). Nella maggiore parte dei certificati (cfr., in particolare, pag. 564-580 incarto AI, doc. H, doc. M e doc. O, cfr. consid. 2.11.1, 2.11.3 e 2.11.5), inoltre, nessun medico si è confrontato con le convincenti argomentazioni contenute nella perizia amministrativa del 9 maggio 2023 e nei relativi complementi del 2024. I restanti (e stringati) certificati medici (anche specialistici; cfr., in particolare, doc. F, G, I di cui si è già detto al consid. 2.11.3) - in cui è stata attestata un'incapacità lavorativa del 100%, senza fornire la benché minima motivazione oppure indicando semplicemente "malattia" - appaiono invece inconsistenti. Parimenti dicasi per quelli in cui i medici (anche specialisti) si sono espressi in merito ad ambiti (in particolare, quello psichiatrico) che non è di loro stretta competenza (cfr., in particolare, il certificato del 7 luglio 2023 del medico di famiglia di cui si è già detto al consid. 2.11.1 e il certificato medico del 26 settembre 2023 dell'ortopedico di cui si è già detto al consid. 2.11.3) Sempre con riferimento al certificato del 7 luglio 2023 del medico di famiglia (che, giova ribadire, è specialista FMH in medicina interna), esso non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dai periti amministrativi, pertanto l'invalidità lavorativa dell'assicurato ivi attestata va in ogni caso intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie che interessano il ricorrente hanno sulla sua capacità di lavoro. Inoltre esso, come visto, tiene comunque conto anche dell'aspetto psichiatrico che non è di stretta competenza di tale medico. Non consentono di giungere ad una conclusione differente nemmeno i due farmaci prescritti dall'otorinolaringoiatra nella ricetta medica del 21 febbraio 2024 (in ogni caso, successiva alla decisione avversata che risale al 26 settembre 2023), di cui al doc. P (cfr. consid. 2.11.5). Parimenti dicasi per il referto della MR del ginocchio sinistro nativo del 24 febbraio 2024, pure successivo alla decisione impugnata, di cui al doc. P riportato al consid. 2.11.5. Nemmeno la cospicua documentazione medica agli atti antecedente alla perizia del

_____ del 9 maggio 2023 consente di giungere ad una differente conclusione, dal momento che era nota ai periti amministrativi ed è stata debitamente considerata, in modo puntuale e convincente, nella loro valutazione. Inoltre, non apportando elementi oggettivi ignorati dai periti amministrativi, l'invalidità lavorativa dell'assicurato ivi attestata va in ogni caso intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie che interessano il ricorrente hanno sulla sua capacità di lavoro. Del resto, va in ogni caso sottolineato che, quand'anche tra la valutazione dell'esigibilità lavorativa eseguita dai periti amministrativi e quella effettuata dagli specialisti di fiducia dell'assicurato vi fossero alcune differenze riguardanti la natura e l'importanza dei limiti funzionali, esse sarebbero in ogni caso irrilevanti (cfr. pure la STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3 e la STCA 35.2021.83 del 7 marzo 2022, consid. 2.7.2). In effetti, il concetto d'invalidità è riferito a un mercato del lavoro equilibrato e, quindi, ad un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Inoltre gli impedimenti ritenuti dai periti amministrativi non sono tali da poter sostenere che ci si troverebbe confrontati a una costellazione particolarmente sfavorevole ai fini reintegrativi. Difatti, la giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). 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 ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.; cfr. la già citata STF 8C_563/2012 del 23 agosto 2012, consid. 3.3 con riferimenti). Si può, quindi, senz'altro ipotizzare - senza far riferimento alla difficoltà concreta di reperimento di posti di lavoro dovuta all'eccedenza della domanda, difficoltà che viene assicurata dall'assicurazione contro la disoccupazione e non dall'assicurazione contro l'invalidità (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, pag. 83) - che il ricorrente sia in grado di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in attività professionali idonee (vedi, tra le altre, STCA 35.2020.90 del 3 maggio 2021, consid. 2.7 e riferimenti; STCA 35.2021.59 dell'8 novembre 2021, consid. 2.4.3; STCA 35.2021.83 del 7 marzo 2022, consid. 2.7.2 e STCA 35.2023.47 dell'8 gennaio 2024, consid. 2.8.2). Va qui inoltre ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi 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). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12 e la STCA 35.2023.47 dell'8 gennaio 2024, consid. 2.8.1). In questo contesto, è pure utile segnalare che i fattori psico-sociali (problemi di coppia, difficoltà personali, disoccupazione, problemi di natura finanziaria, ecc.) non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (cfr. STF 9C_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 5.2.3 con riferimenti; cfr., pure, STCA 32.2018.189 del 14 ottobre 2019 consid. 2.12. e riferimenti ivi citati; 32.2019.10 del 20 gennaio 2020 consid. 2.7. e riferimenti ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8), in particolare non vi figurano i problemi reattivi a una decisione negativa dell'autorità, altrimenti la nozione legale d'invalidità verrebbe svuotata di contenuto (cfr. STF 9C_799/2012 del 16 maggio 2013 consid. 2.5 con riferimenti; 9C_640/2017 del 28 dicembre 2017 consid. 3.2; cfr., pure, STCA 32.2018.137 del 20 agosto 2019 consid. 1.8. e rinvii ivi citati; 32.2019.159 del 2 giugno 2020 consid. 2.8; STCA 35.2022.44 del 6 marzo 2023, consid. 2.4.7; STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023 consid. 2.12.2 e la STCA 35.2023.47 dell'8 gennaio 2024, consid. 2.8.3). 2.14. Con espresso riferimento alla censura ricorsuale giusta la quale l'insorgente “ non comprende quasi per nulla l'italiano (ciò che è evidente se appena si provi a parlare con lui), nonostante sia da più parti indicato come egli ne abbia una conoscenza "buona" ” (cfr. doc. I, pag. 9), il TCA rileva che, nel successivo scritto del 4 marzo 2024 (cfr. doc. XVII), la patrocinatrice ha precisato che le molte difficoltà che presenterebbe il suo cliente a parlare in italiano “ se da un lato può in qualche modo permettere l'esecuzione di una perizia medica, in cui la maggior parte delle informazioni sono assunte dagli esiti diagnostici, dall'altro lato può certamente compromettere la socialità di una persona malata in un paese italofono o” (cfr. doc. XVII, pag. 2). A questo proposito il TCA rileva che, al momento in cui l'UAI ha incaricato il _____ di eseguire un accertamento pluridisciplinare, seguendo la procedura prevista dall'art. 44 LPG, ha avvisato l'assicurato che “ I medici specialisti designati parlano italiano. Voglia comunicarci con un certo anticipo se necessita di un/una interprete. Le metteremo a disposizione un/una interprete professionale. Familiari e i conoscenti non sono ammessi in occasione di perizie. ” (pag. 400 incarto AI). L'assicurato è rimasto silente. Dalla perizia pluridisciplinare del 9 maggio 2023 del _____ (come pure dai singoli consulti), risulta inoltre che l'assicurato ha una conoscenza discreta/buona della lingua italiana (cfr. pag. 436 incarto AI: “ L'A. parla e comprende bene la lingua italiana ”; pag. 466 incarto AI: “ Non si è resa necessaria la presenza di un interprete ”; pag. 485 incarto AI: “ L'A. si esprime bene in lingua italiana e non ha problemi di comprensione verbale ” e pag. 499 incarto AI: “ Pur non essendo di lingua madre italiana l'A. dispone di una discreta padronanza del mezzo linguistico ”). Del resto, dalla tavole processuali emerge pure che RI 1 ha lasciato la _____ all'età di 29 anni e si trova in Italia (_____ prima e _____ dopo) e/o Svizzera italiana (_____) da oltre 20 anni, durante i quali ha svolto svariati lavori (aiuto giardiniere, aiuto cucina, operaio in fabbrica di mobili, lavapiatti, aiuto casaro, boscaiolo, tuttofare presso una ditta di sanitari, ecc.), inclusa un'attività imprenditoriale di importazione di tavole di legno per la fabbricazione di mobili a _____ per circa un anno (prima di trasferirsi nel 2016 a _____: cfr. pag. 425 e 426 incarto AI). Trattasi di un percorso professionale che presuppone una indubbia conoscenza discreta/buona della lingua italiana. La patrocinatrice dell'insorgente non può nemmeno essere seguita laddove contesta i complementi peritali del 2024, evidenziando “ come il Dr. med. _____, il Dr. med.

_____ e il Dr. med. _____ abbiano redatto e trasmesso le loro rispettive prese di posizione senza procedere ad ulteriori visite del paziente sig. RI 1, sulla base della sola analisi documentale e del "ricordo" di precedenti esami, poi confluiti nella perizia datata 10.11.2023. A mente di chi scrive, tali prese di posizione hanno un valore inferiore rispetto alla presa di posizione di un medico specialista che ha invece potuto seguire ed esaminare, da anni, il paziente in modo regolare e sistematico." (cfr. doc. XVII, pag. 1). A questo proposito giova qui innanzitutto ricordare che i periti avevano già visitato personalmente il ricorrente nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 9 maggio 2023. Inoltre la giurisprudenza federale non esige che la persona assicurata venga visitata personalmente affinché si possa ammettere il valore probatorio di un documento medico, purché l'incarto su cui si fonda tale documento contenga sufficienti apprezzamenti medici elaborati in base a un esame concreto (cfr. STF 8C_469/2020 del 26 maggio 2021 consid. 3.2 e i riferimenti ivi menzionati). Di norma, una valutazione sulla base dei soli atti medici (" Aktegutachten ") è difatti possibile se il medico SMR (e, quindi, anche il medico fiduciario o il perito amministrativo) dispone, come in concreto (cfr. la documentazione medica riassunta ai consid. 2.12.1, 2.13.1 e 2.13.1), di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (cfr., tra le tante, STCA 35.2018.113 del 5 marzo 2019, consid. 2.9; STCA 35.2022.12 del 16 agosto 2022, consid. 2.9 e STCA 35.2022.70 del 24 aprile 2023, consid. 2.7 e rinvii giurisprudenziali ivi citati e STCA 35.2023.69 del 21 febbraio 2024, consid. 2.9). In questo contesto giova pure ricordare che il TF ha affermato 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 (cfr. consid. 2.6) e che, in ogni caso, le certificazioni dei medici curanti (anche specialisti) dell'insorgente hanno un valore probatorio minore rispetto a quello attribuibile alla perizia amministrativa esterna del 9 maggio 2023 (e ai relativi complementi del 2024) del _____ (cfr. consid. 2.6). 2.15. Il TCA non ignora comunque che il certificato medico del 29 febbraio 2024 della dr.ssa med. _____ (doc. M) e la lettera del 1° marzo 2024 della medesima specialista all'avv. RA 1 (doc. N) riportati al consid. 2.11.5 rendono verosimile - secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti) che successivamente alla decisione impugnata del 26 settembre 2023 - e più precisamente nel corso dei primi mesi dell'anno 2024 - sia intervenuto un peggioramento dello stato neurologico dell'insorgente (cfr. pure annotazione del 18 marzo 2024 del medico SMR: doc. XIX-1). Conformemente alla giurisprudenza esposta al consid. 2.7, la citata documentazione medica viene quindi trasmessa all'UAI, affinché la tratti alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e renda nel merito, dopo aver proceduto ai necessari accertamenti, una nuova decisione. 2.16. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che, al momento di emissione della decisione impugnata del 26 settembre 2023, RI 1 è

stato/è inabile al 100% in qualsiasi attività lucrativa (attuale e adeguata) a partire dal settembre 2019 rispettivamente abile all'80% (100% presenza con una riduzione di rendimento del 20% per motivi neurologici e psichiatrici), in qualsiasi attività lucrativa (attuale e adeguata, rispettosa dei limiti indicati dai periti del _____ e ripresi dal medico SMR nel rapporto finale del 12 maggio 2023: pag. 541 incarto AI), a partire dal maggio 2022 (pag. 458-461 incarto AI). 2.17. Si tratta ora di valutare se le conseguenze economiche del miglioramento della capacità di guadagno del ricorrente riconducibile al danno alla salute di cui è affetto siano tali da giustificare la soppressione della rendita intera di invalidità. Nella decisione avversata l'UAI ha quantificato, al momento della soppressione della rendita nel 2022, il reddito " da valido " e quello " da invalido " come segue: " (...) Nel caso concreto, senza il danno alla salute nell'ultima attività lavorativa di giardiniere tutt'fare, secondo le tabelle RSS, valori federali, categoria 77,79-82 (attività amministrative e di servizio di supporto), attività semplici e ripetitive, settore, maschile, avrebbe potuto conseguire CHF 58'990.51. Malgrado il danno alla salute e con una capacità lavorativa del 180 % in un'attività adeguata, avrebbe invece potuto teoricamente conseguire CHF 55'167.58 (tabelle RSS, valori federali, settore maschile, attività semplici e ripetitive). Il confronto dei redditi permette dunque di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI come segue: Reddito annuale esigibile: senza invalidità CHF 58'990.51 con invalidità CHF 55'167.58 Perdita di guadagno CHF 3'822.93 = Grado d'invalidità 6% (...) " (doc A, pag. 5). Dal calcolo economico si evince, in particolare, quanto segue: " dal cv risulta che negli ultimi anni ha lavorato come boscaiolo-giardiniere, giardiniere tutto fare, pertanto facciamo riferimento ai dati statistici tabelle RSS, categoria 77,79-82 (attività amministrative e di servizio di supporto), attività semplici e ripetitive, 2020 CHF 58'990.51 " (pag. 546 incarto AI). La patrocinatrice dell'assicurato non ha contestato il calcolo economico, quanto piuttosto che il suo assistito presenti una capacità lavorativa residua dell'80% (100% presenza con riduzione di rendimento del 20%) in attività adeguata che, tuttavia, come si è visto al consid. 2.16, è stata confermata dal TCA. In ogni caso il TCA osserva che, nonostante nella decisione avversata l'UAI abbia indicato che " I dati RSS relativi all'anno 2022 non sono ancora a disposizione; gli attuali valori di riferimento sono quelli del 2020 " (doc. A, pag. 4 in fine), dal già citato calcolo economico, si evince che l'amministrazione ha utilizzato i dati delle RSS 2018, aggiornati al 2020. Tuttavia ci si può esimere qui dal procedere a rifare il calcolo utilizzando i dati delle tabelle RSS 2020, aggiornati al 2022 (momento in cui è stata soppressa la rendita), in quanto, come si vedrà qui appresso, il ricorrente non ne trarrebbe comunque giovamento, non raggiungendo in ogni caso la soglia pensionabile del 40%. Dato che l'aspetto economico non è stato contestato dalla rappresentante dell'insorgente, questo Tribunale ritiene di potere fare proprio il calcolo effettuato dall'amministrazione nella decisione impugnata e di non aver motivo di verificarlo oltre (in questo senso cfr., tra le tante, STCA 35.2018.92 del 28 febbraio 2019, consid. 2.8 e STCA 32.2019.39 del 13 febbraio 2020, consid. 2.10 e i rinvii ivi citati; STCA 35.2022.81 del 27 marzo 2023, consid. 2.12; STCA 32.2023.47 dell'8 gennaio 2024, consid. 2.9; STCA 35.2023.65 del 29 gennaio 2024, consid. 2.9; STCA 32.2023.145 del 18 marzo 2024, consid. 2.10). Confrontando ora il reddito da invalido di fr. 55'167.58, con il relativo reddito da valido di fr. 58'990.51, si ottiene, nel 2020 , un grado di invalidità del 6% $([58'990.51 - 55'167.58] \times 100 : 58'990.51 = 6.48\%$ arrotondato al 6% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121). 2.18. La decisione dell'UAI che ha confermato la soppressione, a fronte di un grado di invalidità del 6% - che non raggiunge la soglia pensionabile del 40% e che ha subito una notevole modifica (cfr. consid. 2.4: art. 17

cpv. 1 LPGa) - il diritto alla rendita intera di invalidità dal 1° settembre 2022 (ovvero trascorsi 3 mesi dall'oggettivo miglioramento dello stato di salute a partire dal maggio 2022 ex art. 88a cpv. 1 OAI; cfr. consid. 2.4), va, di conseguenza, confermata. 2.19. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. L'incarto AI completo è stato versato agli atti con la risposta di causa. 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, si veda 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). 2.20. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e l'art. 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 fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-vanno poste a carico del ricorrente. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio dell'avv. RA 1 (cfr. doc. I, pag. 11 e 12). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Il ricorrente è disoccupato da svariati anni ormai ed in assistenza dal 1° marzo 2017 (cfr. consid. 1.1) ed è, quindi, indigente (cfr., anche, doc. VII-bis e VIII-1). Ritenuto, inoltre, che anche le altre condizioni poste da legge e giurisprudenza appaiono adempiute, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio va accolta, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (art. 61 lett. f LPGa; Kieser, *Kommentar ATSG*, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA, cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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