

TI_GERICHTE 32.2023.147 vom 15. November 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-11-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.147

FR: TI_GERICHTE 32.2023.147 du 15 novembre 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.147 del 15 novembre 2023

Regeste

Domanda di revisione rendita AI. Dai referti dei neurologi curanti risulta un peggioramento clinico anche se la diagnosi è rimasta la stessa. SMR ha preso ogni volta dettagliatamente posizione, ma non è medico specialista in materia. Ultimo referto dettagliato di 2 anni prima. Rinvio atti x perizia neuro

Erwägungen

E. 1

LPGA se l'applicazione dell'articolo 28b della presente legge comporta una diminuzione della rendita in caso di aumento del grado d'invalidità o un suo aumento in caso di riduzione del grado d'invalidità " (cpv. 2). La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2023, prevede al marginale 9101 che " Se la decisione sulla prima concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 ". La Circolare concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare (C DT US AI), edita dall'UFAS, stato al 1° gennaio 2022 e valida da tale data, prevede in particolare ai marginali 1007, 1008 e 1009 che: " Conformemente alle DT LAI [Disposizioni transitorie, n.d.r.], le rendite AI rette dal diritto anteriore sono le rendite il cui diritto secondo l'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI è nato al più tardi il 31 dicembre 2021. Poiché il momento dell'insorgenza dell'invalidità (art. 28 cpv. 1 e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR [diritto, n.d.r.] in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022". Secondo le citate Circolari, dunque, qualora contestualmente ad una prima fissazione di rendita l'asserita invalidità e l'eventuale diritto alla rendita sono insorti al più tardi al 31 dicembre 2021, torna applicabile il diritto previgente, e ciò anche se la decisione è stata resa dopo il 2022. Per contro, se l'eventuale diritto ad una rendita è nato il 1° gennaio 2022, o successivamente, torna applicabile il diritto attualmente in vigore. In specie, trattandosi dell'aumento del grado di invalidità dal

43% al 60% dal 1° dicembre 2021, quindi prima del 1° gennaio 2022, per il TCA ne consegue che anche in tale ipotesi (e non solo se si tratta di una prima domanda) è applicabile il diritto anteriore. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità sono dunque un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc , L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 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 agli artt. 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 il grado di invalidità è di almeno il 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc , op. cit., pag. 1476, n. 213). 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 (DTF 129 V 222).

2.4. L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche all'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se è fatta domanda di revisione, si deve dimostrare che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). In caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI l'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata. L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer , Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller , Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI.

2.5. Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 , 109 V 262; Meyer-Blaser , op. cit., pag. 379). Determinante è l'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita (SVR 2021 IV N. 2) . La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione

di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6).

2.6. Nel caso di specie, dal 1° ottobre 2018 l'assicurato è al beneficio di un quarto di rendita di invalidità (grado AI del 43%) deciso il 29 aprile 2021 (doc. 110) stante un'incapacità lavorativa del 100% nella sua abituale attività di aiuto cucina e del 50% in attività adeguate. Questo diritto è stato confermato dall'Ufficio assicurazione invalidità con decisione del 28 giugno 2021 (doc. 118) a seguito di una domanda di revisione dell'assicurato del 3 febbraio 2021 - erroneamente così interpretata, visto che la decisione del 29 aprile 2021 non era ancora stata emanata, mentre l'interessato aveva segnalato un peggioramento delle condizioni di salute, che però doveva essere trattato come osservazioni al progetto del 10 agosto 2020, siccome non v'era ancora una decisione. Nell'ambito di una (vera prima) domanda di revisione formulata dall'assicurato il 2 dicembre 2021 per sopraggiunta problematica psichica invalidante, la dr.ssa med.

_____ del Servizio Medico Regionale, che ha seguito sin dall'inizio questo caso, ha disposto una perizia psichiatrica, che ha affidato al _____ di _____. 2.7. Il dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nella sua perizia del 30 settembre 2022 (doc. 156) ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di Sindrome da disadattamento con disturbo prevalente degli aspetti emozionali in soggetto con tratti impulsivi di personalità (ICD-10: F43.23) e, quale diagnosi senza influsso, di Uso continuo di cannabis (ICD-10: F12.25). Nel rispondere ai quesiti peritali, lo psichiatra ha valutato che per la sola patologia psichiatrica, che non teneva conto dei sintomi già includibili nel disturbo neurologico per cui l'assicurato era stato giudicato inabile al 50%, andava ritenuta un'ulteriore riduzione della capacità lavorativa nella misura del 15% in ogni attività nel libero mercato del lavoro che, a suo avviso, andava cumulata all'inabilità lavorativa neurologica. Questa inabilità era presente già " al tempo della prima decisione AI dell'agosto 2020 ", per poi aggiungere che " almeno dalla presa in carico della Dr.ssa _____ nel 2018, era presente una sindrome da disadattamento con influsso sulla CL dell'assicurato il che, se si considera al netto della sintomatologia psichica dovuta alla sclerosi multipla, induce a ritenere che vi fosse una IL aggiuntiva del 15% da cumularsi alla stima della CL fatta dai colleghi neurologi. In altri termini non si è assistito ad un peggioramento dal 2021 (data della seconda revisione AI) ma anche in precedenza il quadro era a mio avviso ulteriormente limitato dalla presenza di un disturbo psichiatrico che, verosimilmente, ha un andamento cronico perché reattivo alla presenza di una malattia neurologica ad andamento cronico intermittente. ". Nel complemento del 20 ottobre 2022 (doc. 160) l'esperto ha precisato che non solo in attività abituale, ma anche in attività adeguata la capacità lavorativa era dell'85%. Questa conclusione, ripresa dal Servizio Medico Regionale nel rapporto finale del 7 novembre 2022 (doc. 162), è pacifica e non occorre esaminarla ulteriormente né metterla in discussione. 2.8. Per quanto concerne l'aspetto neurologico e le sue conseguenze messi invece in discussione dal ricorrente, la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa posta dalla dr.ssa med. _____ nel suo predetto rapporto è la seguente: Sclerosi multipla recidivante-remittente (esordio 2017) secondo i criteri McDonald con/su: - clinica parestesie/ipoestesia agli arti inferiori, minzione e defecazione imperiosa; segno Lhermitte; fatica fisica e mentale; - attuale inizio Tysabri - RM cerebrale con (13.10.2017): circa 15 lesioni; GADO +; - RM cervico-dorsale (13.10.2017): lesioni in C1-C2, C2, C3, C5-C6, Th6, Th9, GADO negative; - EDSS 3.0. La contestazione dell'assicurato nei confronti delle conclusioni tratte dall'SMR ha sostanzialmente per oggetto la frase che segue l'elenco delle diagnosi: " Lo stato neurologico risulta invariato ". Per l'insorgente, questa affermazione contrasta infatti con le sue reali condizioni di salute, motivo per cui non è d'accordo con la fissazione complessiva del 65% della sua inabilità lavorativa dal 28 luglio 2021 stabilita dalla dr.ssa med. _____ nel suo rapporto finale (50% per problemi neurologici e 15% per disturbi psichici). Secondo il ricorrente, se è vero che, come affermato dall'SMR nelle sue annotazioni del 6 luglio 2022 (doc. 144), dal 2018 il quadro clinico è rimasto stabile, ovvero che la risonanza magnetica della colonna per midollo nativa e con mezzo di contrasto del 2 aprile 2022 e quella cerebrale nativa e con mezzo di contrasto eseguita il 9 aprile 2022 non hanno evidenziato nuovi avanzamenti della sclerosi multipla, tuttavia non si può ignorare che v'è stato un peggioramento di uno dei sintomi tipici della malattia, ossia la fatigue, che ha senza dubbio avuto ripercussioni sulla sua capacità lavorativa, rendendolo inabile almeno al 60% (contro il 50% stabilito dall'Ufficio AI). Ma solo una visita specialista può accertare questo stato di cose, giacché di esami strumentali per individuarla non ve ne sono.

2.9. Dall'analisi della documentazione agli atti emerge chiaramente, e questa conclusione non è contestata, anzi, è confermata dal ricorrente (doc. I punti 1.1 e 1.2 pag. 7), che dal 2017 non vi sono stati nuovi episodi di lesioni cerebrali e quindi l'assicurato non ha più presentato attacchi clinici di malattia. Inoltre, come rilevato dalla dr.ssa med. _____ nelle sue annotazioni del 4 maggio 2021 (doc. 111), il grado 3 EDSS (Expanded Disability Status Scale) è stabile dal 2017, non sono state poste nuove diagnosi, dal punto di vista terapeutico dal 2018 non sono stati introdotti nuovi farmaci e non vi sono stati dei ricoveri ospedalieri e/o accessi al pronto soccorso dovuti alla malattia. Tuttavia, a mente del TCA, tutto ciò non è ancora sufficiente per escludere, come ha invece concluso l'amministrazione, che vi sia stato un peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente e che abbia avuto delle ripercussioni sulla sua capacità lavorativa. Non va infatti dimenticato che già ad inizio 2021, e meglio nei suoi rapporti del 3 febbraio (doc. 103) e del 1° marzo 2021 (doc. 106), il Prof. dr. med. _____, primario di neurologia presso la Clinica di Neurologia dell'Ospedale _____ di _____, ha certificato un peggioramento dello stato clinico dell'assicurato, e meglio di uno dei sintomi tipici della malattia: la fatigue. Nell'email inviata il 3 febbraio 2021 (doc. 104) al funzionario responsabile della pratica dell'assicurato dal dr. med. _____, medico assistente di neurologia che ha controfirmato insieme al primario anche il rapporto di pari data relativo alla visita ambulatoriale del 21 gennaio 2021 e ha allestito il 1° marzo 2021 il rapporto medico trasmesso dall'Ufficio AI al dr. _____, viene infatti riferito quanto segue: " La informiamo che all'ultima valutazione ambulatoriale presso la neurologia in sede _____, abbiamo osservato un globale peggioramento dello stato clinico del paziente e riteniamo opportuna una rivalutazione del caso. Dal punto di vista neurologico stimiamo una inabilità di almeno il 60%. Le allego la documentazione relativa all'ultima valutazione. ". Questa documentazione consiste per l'appunto nel certificato del 3 febbraio 2021 del dr. _____, in cui l'assicurato, dopo esame neurologico del 21 gennaio 2021, è stato valutato come segue: " Troviamo oggi il paziente particolarmente sofferente, preoccupato per il suo stato di salute ed il soggettivo peggioramento del suo stato neurologico. In primo piano vi è una fatigue di grado severo, che lo limita nello svolgimento delle attività quotidiane. In secondo luogo vi è stato un peggioramento anche dal punto di vista del controllo sfinterico, con ripetuti episodi di incontinenza fecale. Gli esami ematologici sono nei limiti di norma, con iniziale ripopolazione linfocitaria B, per la quale prevediamo a breve una nuova infusione di Ocrevus. Dal punto di vista terapeutico abbiamo inoltre prescritto una terapia con Eflexor (da incrementare fino a 75 mg/die) in funzione stimolante al fine di agire sulla fatigue. Chiediamo a questo riguardo anche il parere della psichiatra curante Dr.ssa _____. Per quanto riguarda l'incontinenza fecale, è ipotizzabile in primo luogo una componente neurologica legata alle multiple lesioni demielinizzanti situate in sede midollare. Proponiamo in questo contesto una valutazione specialistica gastroenterologica presso l'ambulatorio della Dr.ssa _____ (...). Inoltriamo inoltre richiesta di assunzione costi alla CM per una terapia con PTNS. Segnaliamo infine il paziente al servizio di dermatologia in sede _____ per valutare le alterazioni distrofiche situate in sede ungueale sulle mani bilateralmente, al fine di escludere in particolare una componente infettiva in paziente formalmente immunodepresso. Dal punto di vista lavorativo riteniamo che, considerato l'attuale peggioramento dello stato neurologico con fatigue e disturbi sfinterici invalidanti, sia necessaria una rivalutazione del caso da parte dell'AI. Dato lo stato clinico attuale riteniamo appropriata dal punto di vista neurologico un'inabilità lavorativa di almeno il 60%. (...)" . Nel rapporto medico

trasmessogli dall'Ufficio AI, che il dr. _____, medico assistente specialista in neurologia ha compilato e firmato il 1° marzo 2021 unitamente al Prof. dr. med. _____, emerge in sostanza che l'ultimo controllo è stato eseguito il 21 gennaio 2021, che dall'esordio clinico della malattia nel settembre 2017 l'assicurato " non ha più presentato attacchi clinici di malattia, ma il quadro clinico è caratterizzato da una progressione dei disturbi presenti dall'esordio. In particolare sono peggiorati la fatigue (sia fisica sia mentale), i disturbi di sensibilità con associati dolori di carattere neuropatico, ed i disturbi sfinterici (con frequenti episodi di incontinenza sia urinaria che fecale) ", che quale prognosi sulla capacità lavorativa il primario ha indicato che " Riteniamo il paziente attualmente inabile al lavoro nella misura del 60%, e che il paziente possa svolgere unicamente attività che non richiedano sforzi fisici (per esempio salire ripetutamente scale, sollevamento di pesi) o mentali (per esempio lavoro psicologicamente pressante, multi-tasking). Non è ad oggi pensabile che tale aspetto possa subire cambiamenti in senso migliorativo vista la natura cronica della patologia " e che oltre alle infusioni regolari dell'anticorpo monoclonale Ocrevus per rallentare la progressione della disabilità, " stiamo cercando di trattare i disturbi sfinterici del paziente tramite terapie sintomatiche insieme ad i colleghi urologi e gastroenterologi. Tutti tentativi terapeutici eseguiti finora in questo contesto sono tuttavia risultati non efficaci. ". Nel definire le attività esigibili, il neurologo ha indicato che " Il paziente può al momento svolgere attività che non richiedano sforzi fisici importanti (per esempio salire le scale, sollevare pesi, rimanere per lunghi tempi in piedi, etc), o mentali (per esempio lavoro psicologicamente pressante, multi-tasking, e solo in percentuale ridotta (non superiore al 40%) ", ritenuto che l'assicurato presentava dei limiti funzionali: " Il paziente presenta una fatigue fisica e mentale di grado severo, disturbi di sensibilità e dolori neuropatici agli arti inferiori, frequenti episodi di incontinenza urinaria e fecale (sintomi tutti legati al carico lesionale infiammatorio nel contesto della diagnosi di sclerosi multipla). Tali disturbi si accentuano se al paziente vengono richieste attività impegnative dal punto di vista mentale/psicologico e fisico, come per esempio restare in piedi a lungo, sollevare pesi. Necessita inoltre facile e veloce accesso ad un bagno. ". Se, dunque, l'attività come personale in un ristorante non poteva più essere esigibile, in un'attività adeguata l'assicurato era abile al massimo 3 ore al giorno. Inoltre, " Vista la cronicità della patologia, non è pensabile che le condizioni del paziente migliorino a tal punto da rendere possibile un incremento dell'abilità lavorativa. La speranza e l'obiettivo del trattamento è che rimanga stabile. ". Infine, quali fattori che impedivano l'integrazione il neurologo ha indicato " L'avanzato stato di malattia con marcato coinvolgimento spinale e la cronicità della patologia in questione. ". Da questi due referti risulta che, già ad inizio anno 2021, erano peggiorati la fatigue, sia fisica sia mentale, e i disturbi di sensibilità con associati dolori di carattere neuropatico e i disturbi sfinterici (sia urinari che fecali), tanto che lo specialista curante ha valutato di grado severo questa fatigue, mentre nel rapporto del 19 maggio 2020 (doc. 82) erano stati definiti " deficit sfinterici, fatigue, parestesie arti inferiori bilateralmente ", che davano luogo a una capacità lavorativa in attività adeguata per quattro ore. Prima ancora, l'8 febbraio 2018 (doc. 27) il dr. _____, sempre a domanda dell'Ufficio AI, aveva indicato che la fatica di grado moderato e le parestesie, che peggioravano con l'aumento delle temperature, non permettevano all'assicurato di svolgere un'attività lavorativa nelle cucine, dove spesso vi sono elevate temperature, mentre in lavori che non prevedevano l'esposizione ad alte temperature e che gli permettevano pause di recupero l'abilità lavorativa era del 50%. Nell'ambito della domanda di revisione inoltrata dall'assicurato a fine 2021, l'Ufficio AI ha

ricontattato il dr. med. _____ e nel rapporto del 26 giugno 2022 (doc. 143), compilato e firmato dalla dr.ssa med. _____, suo medico assistente, che ha visitato l'interessato il 14 giugno 2022 in occasione di una visita trimestrale, ha indicato che l'inabilità lavorativa era del 50% nell'attività precedente di aiuto cuoco, che la sclerosi multipla recidivante-remittente era stabile dal 2017, che per la clinica v'erano deficit sfinterici, fatigue, parestesie agli arti inferiori bilateralmente e che poteva svolgere attività ripetitiva protetto da pressioni esterne per quattro ore, mentre egli non poteva più esercitare l'attività svolta in precedenza a causa delle parestesie dolorose agli arti inferiori, della postura prolungata e fatigue. Questo referto, come segnalato dal ricorrente, contraddice in parte i precedenti del 2021 resi dal Prof. dr. med. _____. Non solo perché ha ritenuto nel 50% l'inabilità lavorativa dell'assicurato nell'attività precedente di aiuto cuoco sin dall'inizio e fino a quel momento, quando invece era del 100% sin dalla diagnosi della malattia, ma anche perché poi ha indicato in 4 ore l'esigibilità lavorativa in attività adeguata, contro le 3 ore individuate oltre un anno prima dal primario di neurologia. Inoltre, in questo rapporto non sono più indicati i problemi, invece ben noti da tempo, di incontinenza e la fatigue è stata sì menzionata, ma non ne è stato quantificato il grado. Da questo rapporto la dr.ssa _____ dell'SMR ha però concluso, il 6 luglio 2022 (doc. 144), che dal punto di vista somatico la sclerosi multipla era stabile dal 2017 e nel suo rapporto finale del 7 novembre 2022 (doc. 162) ha dunque ritenuto un grado di incapacità lavorativa del 50% in attività adeguate (a cui va aggiunto il 15% per motivi psichici) e del 100% nell'attività precedentemente esercitata. Non ha invece considerato che in tre occasioni (email del 3 febbraio 2021, certificato del 3 febbraio 2021 e rapporto medico del 1° marzo 2021) il Prof. dr. med. _____ ha invece attestato un chiaro peggioramento dello stato clinico dell'assicurato, valutando nel 60% il grado di inabilità lavorativa residua specificando chiaramente che il suo paziente poteva lavorare al massimo tre ore al giorno e che " Vista la cronicità della patologia, non è pensabile che le condizioni del paziente migliorino a tal punto da rendere possibile un incremento dell'abilità lavorativa. " (doc. 108 punto 4.3). Una successiva attestazione del 50% di inabilità lavorativa pari a 4 ore al giorno strideva, perciò, con quanto valutato oltre un anno prima nei confronti di una malattia per di più degenerativa. Interpellata al riguardo dalla patrocinatrice dell'assicurato stante la discrepanza risultante fra i referti medici degli stessi curanti (doc. 178 punto 3.2), il 22 agosto 2023 (doc. 178), la dr.ssa _____ si è così espressa: " Certifico che il paziente è affetto da sclerosi multipla recidivante remittente a disabilità moderata (EDSS 3: emisindrome sensitivomotoria sinistra, disturbi sfinterici e fatigue). Confermo, per la disabilità neurologica residua e persistente un'IL del 60% (relativa anche all'anno 2022, segnalo a tal proposito errore nell'indicazione dell'IL al 50% nel rapporto del 26 giugno 2022)". Su quest'ultimo referto si è pronunciata la dr.ssa med. _____ nelle sue annotazioni del 12 settembre 2023 (doc. 180), spiegando dapprima la Scala di Invalidità Espansa e poi riassumendo i pareri neurologici precedenti del 20 marzo 2018, del 6 dicembre 2019, del 21 gennaio 2021 e del 26 giugno 2022. Riguardo al più recente agli atti, il medico SMR ha osservato: " Considerazioni - Nel breve scritto della neurologa curante Dr.ssa _____ non esiste una nuova diagnosi ai sensi dell'ICD 10; - non esiste un esame obiettivo condotto sull'A che evidenzi un peggioramento clinico-funzionale diverso da quanto attestato nel rapporto medico della stessa Dr.ssa _____ del 26.06.2022; ed anzi la stessa Dr.ssa _____ attesta che l'EDSS attuale è pari a 3: disabilità moderata, quindi stabile fin dalla diagnosi certa di sclerosi multipla formulata nel febbraio 2018; - successivamente al 2018 non è mai stata certificata una poussé evolutiva della malattia; - gli

approfondimenti diagnostici radiologici documentano un quadro iconografico sostanzialmente stabile sin dall'ottobre 2017 e fino all'attualità così come documentato dalle RM cerebrali (08.2018 - 07.2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022) e del midollo spinale (2017, poi a cadenza annuale); - non esiste la prescrizione di una nuova terapia farmacologica diversa da Ocrevus 600 mg iv ogni 6 mesi, prescritta sin dal maggio 2018; - non viene attestata nessuna nuova limitazione funzionale: emisindrome sensitivomotoria sinistra (senza ripercussioni sulle attività quotidiane), disturbi sfinterici e fatigue rispetto a quanto attestato fino ad ora; - non esiste alcuna recente attestazione di ricovero ospedaliero e/o accesso al pronto soccorso, né tantomeno la certificazione di una riacutizzazione della malattia. Conclusioni Il quadro neurologico appare stabile rispetto a quanto valutato nel rapporto finale SMR del 03.12.2018, così come anche confermato dalla decisione del 28.06.2021, cresciuta in giudicato, nonché al rapporto medico della neurologa curante Dr.ssa _____ del 26.06.2022. Alla valutazione dell'incapacità lavorativa per motivi di ordine strettamente neurologico è stata aggiunta la valutazione dell'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici, così come valutato in sede di perizia _____ del 18.10.2022 e relativo complemento del 27.10.2022. In conclusione in assenza di fatti nuovi, rispettivamente di modificazioni significative di fatti medici si conferma la presa di posizione contenuta nel rapporto finale del 07.11.2022.". La decisione del 15 novembre 2023 di attribuzione di una rendita di invalidità di tre quarti dal 1° dicembre 2021 stante una inabilità lavorativa del 65% in attività adeguate dal 28 luglio 2021 è stata impugnata dall'assicurato il quale, pendente causa, ha prodotto al Tribunale il referto del 25 gennaio 2024 (doc. A9) della dr.ssa med. _____, specialista in neurologia, che recitava: " Con la presente mi permetto di apportare alcune precisazioni riguardo allo stato di salute del paziente citato a margine, affetto da una sclerosi multipla recidivante remittente, che si manifesta oggettivamente con un rallentamento psico-motorio (riflesso anamnesticamente da una fatigue invalidante) e da una sindrome midollare associata a disturbi sfinterici. A questo proposito oggi giorno non vi sono terapie farmacologiche, o di altra natura, che possano migliorare la situazione medica del paziente. Nella fattispecie, per quanto riguarda il signor RI 1, non sono tanto i sintomi fisici ad essere peggiorati ma la fatigue psico-fisica, peraltro manifestazione classica e cardine di tutte le patologie infiammatorie del sistema nervoso centrale, ivi compresa la sclerosi multipla, ad essere peggiorata nel tempo e presente nelle modalità attuali già a partire dalla mia prima valutazione nel 2021 (in cui l'inabilità lavorativa è stata calcolata pari al 65%). Attualmente a mio avviso l'incapacità lavorativa del paziente è pari al 100%; la fatica infatti è presente a partire dal risveglio e aumenta progressivamente nell'arco della giornata, ciò che ha un'influenza sia sulle capacità di concentrazione che di sopportazione dello stress nonché sulle capacità funzionali fisiche come banalmente la deambulazione. Il grado di fatica presentato dal paziente non è infatti compatibile con nessun tipo di attività fisica o mentale moderata. Dal punto di vista strettamente teorico si potrebbe eventualmente prendere in considerazione un'attività lavorativa ma solo ed esclusivamente in ambito protetto in cui lo scopo del datore di lavoro non si incentra sulla produttività ed il lucro. Questa attività dovrebbe tenere conto dello stato psico-fisico estremamente precario del paziente e dovrebbe essere strutturata come segue: attività mentale o fisica lieve con pause di 15 a 20 minuti ogni 45 minuti per un massimo di 3 a 4 ore/giorno e possibilità di potersi recare in bagno ad ogni momento nelle strette vicinanze quando necessario.". La dr.ssa _____ si è compiutamente pronunciata anche su quest'ultimo referto il 16 aprile 2024 (doc. XIV/1), rilevando, in particolare, che il valore di tre alla scala EDSS dato dalla dr.ssa _____ il 22 agosto

2023 si è mantenuto stabile fin dalla diagnosi certa di sclerosi multipla formulata nel febbraio 2018. Inoltre, questa specialista, che ha seguito l'assicurato sin dall'esordio della patologia, ha descritto una condizione di status neurologico stabile e del tutto equiparabile a quanto poi affermato dalla dr.ssa _____. Pertanto, il medico SMR ha ritenuto che " il diverso apprezzamento di capacità lavorativa rappresenti una diversa valutazione dello stesso stato clinico-valetudinario e che non vi siano stati in questo periodo di tempo dei peggioramenti significativi. Ciò è dimostrato anche dal fatto che la stessa Dr.ssa _____, pur prendendo in considerazione un'attività solo in ambito protetto , descrive quest'ultima come un'attività in cui lo scopo del datore di lavoro non si incentri sulla produttività e sul lucro e ne pone comunque dei limiti funzionali che erano stati già compiutamente descritti nel rapporto finale del 07.11.2022. ". Inoltre, il medico specialista in medicina del lavoro attivo presso l'SMR ha rilevato che " l'apprezzamento di fatigue psico-fisica della Dr.ssa _____ si basa esclusivamente sulle osservazioni soggettive della neurologa e non su segni o sintomi di status oggettivamente descritti rispettivamente sulla messa in atto di apposita testistica, come ad esempio la Fatigue Severity Scale (FSS, scala di gravità della fatica) o la Modified Fatigue Impact Scale (MFIS, scala modificata dell'impatto della fatica) che valuta l'impatto della fatica sulle cosiddette ADL (activities of daily living) del paziente con sclerosi multipla. ". Da ultimo, la dottoressa _____ ha precisato che " il concetto di fatigue non è esclusivamente neurologico ma anche psichiatrico. La questione che parte della sintomatologia psichiatrica sia sovrapponibile e s'intersechi con quella neurologica era stata ampiamente descritta, discussa e condivisa anche nella citata perizia psichiatrica _____ così come ben precisato durante il colloquio telefonico del 30.09.2022 del perito Dr. _____ con la psichiatra curante Dr.ssa _____, non contestata dalla stessa neurologa. ". In conclusione, " Non vi sono pertanto elementi oggettivi chiari ed inequivocabili atti a giustificare un diverso stato di salute rispettivamente un peggioramento della condizione neurologica rispetto a quel momento. La Dr.ssa _____ esprime le proprie osservazioni nell'ottica benevola di curante. ". Infine, il Servizio Medico Regionale ha tenuto a precisare che " non è escludibile che le condizioni di particolare affaticamento possano essere attribuiti all'uso plurimo, abituale e quotidiano di cannabinoidi, sicuramente noto fin dal 2013 (Rapporto medico Dr. _____, FMH neurologia del 16.03.2013). ". 2.10. Per costante giurisprudenza (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.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Secondo giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 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 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.).

E. 4.4

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A

tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 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). 2.11. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente aumentato all'assicurato il diritto alla rendita da un

quarto a tre quarti dal 1° dicembre 2021 a motivo che il grado di invalidità era passato dal 43% al 60% tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 65%, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, e quindi dello stato di salute del ricorrente, questo Tribunale non può confermare la decisione dell'Ufficio AI senza far effettuare ulteriori approfondimenti medici specialistici in ambito neurologico attinenti alla sclerosi multipla. In primo luogo occorre rilevare che ogni volta che l'Ufficio AI raccoglieva della documentazione medica presso i curanti della ricorrente, correttamente la sottoponeva al vaglio del Servizio Medico Regionale. In questo modo, ogni singolo referto presente agli atti dell'amministrazione è stato debitamente vagliato da un medico, così pure la nuova documentazione specialistica che l'insorgente ha prodotto con il ricorso e pendente causa è stata oggetto di una attenta e approfondita disamina da parte di medici sia in ambito somatico (dr.ssa med. _____) sia psichico (dr. med. _____, quest'ultimo solo per le annotazioni del 16 aprile 2024), entrambi alle dipendenze del Servizio Medico Regionale. Ciò nonostante, non si può subito non rilevare, in merito alle considerazioni della dr.ssa _____ sugli aspetti tecnici di carattere neurologico legati alla patologia in esame, che essa non è specialista in materia (neurologia), essendo specialista in medicina del lavoro, e quindi le sue dichiarazioni al riguardo, in particolare le ultime, più specifiche, del 16 aprile 2024 e le precedenti del 12 settembre 2023, non hanno pieno valore probatorio (sul principio secondo cui la valutazione di medico non specialista in materia non può per giurisprudenza avere pieno valore probatorio, cfr. STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; fra le ultime: STCA 32.2022.7 del 21 marzo 2022, consid. 2.8; STCA 32.2020.130 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.11; STCA 32.2020.109 del 30 novembre 2020, consid. 2.6). Ma v'è di più. Se, da un lato, è oggettivamente e pacifico che non vi siano state delle nuove lesioni demielinizzanti, ma che la situazione è stabile sin dal 2017, ovvero dal suo esordio, d'altro lato l'assicurato ha sostenuto, e i suoi medici curanti neurologi l'hanno certificato (Prof. dr. med. _____, dr.ssa _____ e dr.ssa med. _____), che il quadro clinico, già ad inizio 2021, era peggiorato: la fatigue, sia fisica sia mentale, era a quel momento di grado severo, v'erano disturbi di sensibilità con associati dolori di carattere neuropatico e un aggravamento dei disturbi sfinterici con episodi di incontinenza urinaria e fecale. Per questo motivo, il primario di neurologia aveva aumentato il grado di inabilità lavorativa del ricorrente in attività lavorative adeguate e l'ha valutato nel 60%, contro il precedente 50%, in essere sin dal 2018. Indiscussa è invece, sin dall'inizio, la sua totale incapacità lavorativa nell'attività esercitata in precedenza di aiuto cuoco. Malgrado questo accertato peggioramento clinico, è vero che la diagnosi è sempre rimasta la stessa e il grado EDSS pure (3.0) che, secondo la classificazione internazionale citata dall'SMR della Scala di disabilità per pazienti affetti da sclerosi multipla (doc. 180), corrisponde, da un grado da 1 a 3,5, a " Il paziente è pienamente deambulante, pur avendo deficit neurologici evidenti in diversi settori (motorio, sensitivo cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve o moderato, non interferenti sulla sua autonomia. ". Quanto notato dai curanti, però, sembra distanziarsi, almeno in parte, da queste caratteristiche standard. Certo, la patologia di cui è affetto il ricorrente è di tipo recidivante -remittente, ovvero vi sono " periodi di riacutizzazione che si alternano a remissioni di malattia, durante le quali si verifica un recupero parziale o totale o i sintomi sono stabili. Le remissioni possono durare mesi o anni. Le riacutizzazioni possono verificarsi spontaneamente o possono essere scatenate da un'infezione come l'influenza " (doc. 180: annotazione dell'SMR). Senonché, già ad inizio 2021 il primario di neurologia dell'Ospedale _____ di _____ aveva ritenuto peggiorato lo stato clinico

dell'assicurato, valutando nel 40% la sua residua capacità lavorativa. Dopodiché, fatto salvo il rapporto del 26 giugno 2022 della dr.ssa _____, medico assistente in neurologia, di cui si è detto essere in parte contraddittorio nelle sue risposte rispetto a quanto rilevato un anno e mezzo prima dal predetto responsabile della Clinica di neurologia, l'anno seguente la stessa dr.ssa _____, divenuta capoclinica, specialista in neurologia, ha riconosciuto che la disabilità neurologica residua e persistente dava luogo a un'inabilità lavorativa del 60% presente anche per l'anno 2022. Anche in tale occasione, poco prima dell'emanazione della decisione impugnata, la neurologa ha indicato che la sclerosi multipla di cui era affetto l'insorgente era di tipo recidivante-remittente a disabilità moderata (EDSS 3: con emisindrome sensitivomotoria sinistra, disturbi sfinterici e fatigue). Due mesi dopo, invece, nel primo mese del 2024 la (nuova) neurologa curante, dr.ssa _____, ha stabilito nel 100% il grado di incapacità lavorativa dell'assicurato, ben rilevando che non erano peggiorati i sintomi fisici, ma la fatigue psico-fisica, tanto che essa era già presente al risveglio e aumentava progressivamente nell'arco della giornata, con conseguenze sulla capacità di concentrazione e di sopportazione dello stress come pure sulle capacità funzionali fisiche come deambulare. 2.12. L'insorgente ha affermato che proprio perché mancano test specifici, valori di laboratorio, esami strumentali quali risonanze magnetiche cerebrali e spinali che comprovino la presenza della fatigue in un soggetto o la sua intensità, è necessario esperire una valutazione specialistica sulla sua persona, che vagli nel dettaglio il suo stato di salute e clinico. Da parte sua, il Servizio Medico Regionale ha affermato nelle sue ultime annotazioni che, per contro, esiste un'apposita testistica (FSS o MFIS) che in concreto non è stata adottata, rilevando che il parere della dr.ssa med. _____ si basa, invece, esclusivamente su sue osservazioni soggettive e non su segni o sintomi di status oggettivamente descritti o sulla messa in atto di questi specifici test. Ad entrambe queste argomentazioni va aggiunto che l'ultimo dettagliato referto reso da un curante risale al marzo 2021 e quindi a due anni e mezzo prima dell'emanazione della decisione formale in esame. Se si considera, poi, che quello del giugno 2022, in parte contrastante con i precedenti di febbraio e marzo 2021, è stato corretto dalla stessa relatrice nell'agosto 2023, rimane quello della nuova neurologa curante, dr.ssa _____, giunto pendente causa, ma è del 2024 e seppure dia molte informazioni, non fornisce comunque un quadro completo sulla malattia e sullo stato di salute del ricorrente. Inoltre, non si può tralasciare l'aspetto della non specializzazione del medico del Servizio Medico Regionale che sin dall'inizio ha seguito il caso del ricorrente e che è stato più volte chiamato a pronunciarsi su referti di carattere tecnico in un campo che non è di propria competenza, seppure vada dato atto che nelle sue annotazioni la dr.ssa _____ abbia approfondito la materia. In conclusione, dal profilo somatico emergono elementi tali che portano a ritenere come le conclusioni cui è giunto l'SMR (dr.ssa _____) riguardo alla capacità lavorativa del ricorrente in altre attività adeguate si fondino su accertamenti non ancora completi e che necessitino ulteriori verifiche e approfondimenti da parte di specialisti del ramo. L'aspetto del peggioramento della fatigue psico-fisica, individuato già nel 2021, non è stato indagato in alcun modo dall'Ufficio assicurazione invalidità, ma è stato riconosciuto unicamente dai neurologi curanti. Il Servizio Medico Regionale ha avanzato l'esistenza di due tipi di test (FSS e MFIS) per individuarlo, mentre secondo l'insorgente non vi sarebbero esami strumentali in grado di valutare il livello di fatigue. Ciò stante, non si può pertanto sostenere, con la necessaria tranquillità, che la sclerosi multipla recidivante-remittente di cui è affetto il ricorrente dal 2017 non abbia delle conseguenze sulla sua capacità lavorativa residua che siano superiori al 50% stabilito dall'Ufficio AI - è invece indiscusso il grado del

15% di inabilità lavorativa dal profilo psichico stabilito dal dr. med. _____ nel settembre 2022, che va ad aggiungersi. 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 (sull'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 (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3). 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). Non potendo perciò determinare, con indispensabile serenità, le mutate condizioni cliniche del ricorrente, certificate dal Prof. dr. med. _____ nel 2021, dalla dr.ssa _____ nel 2023 e dalla dr.ssa _____ nel 2024, e l'incidenza sulla sua capacità lavorativa residua nel periodo che ha preceduto l'emanazione della decisione del 15 novembre 2023, si impone il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda con un complemento istruttorio unicamente a tale riguardo. L'Ufficio AI dovrà quindi acquisire una perizia in ambito neurologico ed emettere poi un nuovo provvedimento (STCA 32.2023.89+90 del 29 aprile 2024, consid. 2.10; STCA 32.2023.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023, consid. 2.9). A questo proposito va rammentato che, di norma, l'incarto può essere rinviato all'Ufficio AI (DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”) (STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”) (STCA 32.2023.89+90 del 29 aprile 2024, consid. 2.10; STCA 32.2023.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023; STCA 32.2023.41 del 2 ottobre 2023; STCA 32.2023.18 del 24 luglio 2023; STCA 32.2021.29 del 30 agosto 2021). 2.13. Alla luce delle considerazioni esposte, la decisione impugnata deve essere annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti medici. 2.14. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 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 delle vertenze, le spese vanno poste a carico dell'Ufficio assicurazione invalidità e il ricorrente, vincente (il rinvio della causa con esito aperto equivale a piena vittoria: DTF 141 V 281 consid 11.1; STF

8C_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1) e patrocinato in causa, ha diritto a un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca). In virtù della costante giurisprudenza federale, l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6; STF 8C_32/ 2012 del 14 maggio 2012; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012; STCA 33.2023.15 del 13 novembre 2023; STCA 33.2021.19 del 28 novembre 2022; STCA 33.2021.14 del 14 marzo 2022; STCA 33.2019.13 del 21 ottobre 2019).

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