

TI_GERICHTE 32.2023.71 vom 31. Mai 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-05-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.71

FR: TI_GERICHTE 32.2023.71 du 31 mai 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.71 del 31 maggio 2023

Erwägungen

E. 22

gennaio 2024

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici:

Daniele Cattaneo, presidente,

Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore:

Francesco Sciuchetti, cancelliere

segretario:

Gianluca Menghetti

statuendo sul ricorso del 28 giugno 2023 di

RI 1

contro

la decisione del 31 maggio 2023 emanata da

Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona

in materia di assicurazione federale per l'invalidità

ritenuto in fatto

considerato in diritto

La Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione invalidità (CIRAI), valida dal 1. gennaio 2022, stato al 1. luglio 2022, 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■.

I marginali 1007 e seg. della 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 valido da tale data, prevedono che:

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 nel 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 concreto la prima domanda di prestazioni dell'assicurato, presentata il mese di agosto 2017 è stata rifiutata con decisione 1. ottobre 2019.

La presente procedura porta sulla reiezione della nuova domanda di prestazioni, presentata il 2/8 settembre 2020 dall'assicurato per il tramite del dr. med. Badaracco, il quale ha chiesto una rivalutazione dello stato di salute sulla base delle nuove diagnosi poste dalla dr.ssa med. Raimondi il 21 agosto 2020. Conseguentemente, sia l'eventuale diritto alle prestazioni che l'invalidità (teorica), le quali, non avendo elementi per considerare che si tratti di una domanda tardiva, insorgono un anno dopo l'asserito peggioramento del danno alla salute (art. 28 LAI; cfr. STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.3), sarebbero precedenti al 31 dicembre 2021.

Visto quanto precede, ogni riferimento alle norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

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 LPGGA).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%.

L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

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 LPGGA, 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 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità.

Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264).

Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. regesto della DTF 129 V 222).

Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale di regola non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5; Scartazzini, op. cit., pag. 232).

La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

Circa la discussione delle incoerenze emerse il dr. med. _____, nella valutazione peritale del 10 febbraio 2022, ha in particolare affermato:

Quanto alla discussione del materiale relativo all'osservazione, nello status il perito ha invece evidenziato in particolare quanto segue:

Con le osservazioni al progetto di decisione, il ricorrente ha prodotto una presa di posizione del proprio psichiatra curante dr. med. _____ del 13 febbraio 2023 (doc. 191 incarto AI) del seguente tenore:

Il 14 maggio 2023 il perito, confrontandosi in modo puntuale con le osservazioni del dr. med. _____ ha confermato la propria valutazione (cfr. presa di posizione del dr. med.

_____ all'interno del complemento peritale del _____ del 16 maggio 2023 di cui al doc. 203 incarto AI). Ha osservato come l'aderenza terapeutica dell'assicurato e la sua volontà di mantenere i contatti con la terapeuta, non aggiunge nulla di nuovo e che In merito ai disturbi lamentati dall'assicurato, espressosi con le sue parole, dalla perizia si evince chiaramente che essi sono stati considerati in tutta la loro ampiezza. È stato dato uno spazio adeguato alle lamentele soggettive e se ne è valutata la coerenza con i dati oggettivi. Ha inoltre affermato di non condividere la scelta di prescrivere un antipsicotico (con tutti gli effetti collaterali di lunga durata che questo potrebbe comportare) in presenza di una transitoria depressione di media gravità presso la clinica psichiatrica, che non presentava storicamente dei segni di resistenza alle cure. () Quanto al rapporto di dimissione dalla Clinica _____ ha evidenziato di averlo considerato nella sua interezza confermando quanto esposto in sede di perizia. Ha inoltre ribadito quanto osservato clinicamente in merito alla mimica dell'assicurato, sostenendo di non aver avuto difficoltà a leggere le condizioni emotive del peritato. Per quanto riguarda speranza per il futuro ha confermato che, come dimostrato dai comportamenti e affermazioni dell'assicurato, la stessa sarebbe conservata. Per quanto attiene ai test ha invece indicato che Nel caso presente la questione non è assolutamente la discrepanza fra i test e l'osservazione clinica ma è il fatto che i test confermino coerentemente le osservazioni formulate dal perito (...).

Il perito si è poi espresso sulle contestazioni sollevate dal patrocinatore dell'insorgente confermando sostanzialmente le osservazioni contenute nella perizia, concludendo:

Il perito dr.ssa med. _____, FMH in medicina interna generale, ha inoltre respinto le censure dell'assicurato in merito alla rilevanza delle diagnosi internistiche (doc. 203 incarto AI), ribadendo quanto indicato in perizia ovvero che le stesse non determinano una limitazione della capacità lavorativa ed evidenziando come una tale incapacità non fosse nemmeno mai stata attestata dai curanti. Ha altresì osservato che i disturbi oggettivi della colonna cervicale e lombari che, a mente del patrocinatore dell'assicurato, sarebbero stati considerati a torto non avere un influsso sulla capacità lavorativa, siano stati debitamente considerati e valutati dal perito reumatologo dr. med. _____ il quale ha indicato che le stesse non spiegassero da sole l'entità della sintomatologia dolorosa lamentata la quale deve essere inquadrata anche nell'ambito di un quadro fibromialgico.

Con il ricorso l'insorgente ha prodotto una perizia dell'Istituto _____ (doc. B2) a firma del dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, della psicologa _____ e della psicologa in praticantato clinico _____ nella quale, a seguito dei colloqui clinici con l'interessato, riassunte le anamnesi, esperiti ed interpretati i test psicometrici (MMPI-2 e test di Rorschach), è stata posta la diagnosi di Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4) con reazione depressiva prolungata, descrivendo il seguente quadro psicopatologico:

Il perito psichiatra ha preso posizione il 6 ottobre 2023 (doc. XII-1) rilevando anzitutto come una parte significativa del test MMPI-2, considerata non interpretabile, sia stata tralasciata e che sono emersi chiari indizi di simulazione per overreporting. Lo stesso sarebbe stato tuttavia ugualmente interpretato parzialmente in modo irrituale, dovendo tali test essere validati nella loro interezza. In punto al test di Rorschach oltre a evidenziare come lo stesso non fornisca degli indizi sulla psicopatologia in atto, ha osservato che il medesimo abbia introdotto delle incoerenze fra cui l'affermazione che:

Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii).

Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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'art. 6 LPG - 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-assicurative, 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. STF 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).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludente dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25

agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465).

Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del

E. 23

aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita

E. 27

settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno

duratura (sul tema cfr. Cattaneo, ■Le perizie nelle assicurazioni sociali■ in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257).

Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità.

Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'■accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017).

In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche.

Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della ■resistenza alle terapie■ come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017).

Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea

di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281.

Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5).

Il referto peritale (con i relativi complementi 14 maggio 2023 e 6 ottobre 2023) è da considerarsi dettagliato, completo e approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. Il perito si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione (compresa quella prodotta in sede di osservazioni e di ricorso) ed ha valutato la capacità lavorativa del ricorrente sulla base dell'osservazione clinica effettuata durante le visite presso di lui.

Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del dr. med. _____. Pertanto, il TCA non ha motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal perito - confermate dal medico SMR - che ha proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurato, è specialista della materia che qui ci occupa (psichiatria) e vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa.

Alla perizia va quindi attribuita piena forza probante.

Occorre qui rilevare che il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell'ambito dell'esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell'esperto (cfr. STF 8C_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che, come meglio si vedrà nel seguito, non si avvera nel caso di specie.

Per quanto attiene anzitutto alla censura del ricorrente secondo cui le conclusioni peritali non possano essere considerate affidabili poiché non poggerrebbero su una procedura probatoria strutturata, sulla scorta di un catalogo di indicatori definiti nella DTF 141 V 281, va osservato che, per contro, il referto del dr. med. _____ corrisponde alla necessità di stabilire i fatti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti.

Lo specialista ha infatti riassunto i documenti medici che ha preso in considerazione per la sua valutazione, ha indicato nel dettaglio i disturbi soggettivi lamentati dall'assicurato e le constatazioni oggettive relative al danno della salute, ha esposto l'anamnesi, ha descritto le attività e le abitudini dell'interessato, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, ha suggerito quale terapia - farmacologica e non - sarebbe più adatta all'assicurato spiegandone i motivi, ha precisato che vi era un'amplificazione volontaria

marcata dei sintomi (confermata dalla testistica) e ha valutato la capacità lavorativa del ricorrente nella sua e in altre attività lavorative.

Nel complesso, quindi, gli indicatori standard stabiliti dalla summenzionata giurisprudenza, e ripresi dall'Ufficio AI nel suo Mandato di accertamento pluridisciplinare di decorso _____ precedente 2019 sotto forma di Catalogo delle domande AI (doc. 129 incarto AI) trasmesso al _____ ai fini dell'allestimento della perizia pluridisciplinare, sono stati in concreto rispettati dallo psichiatra, così come rilevato anche dal medico SMR nell'annotazione 30 maggio 2023 (doc. 202 incarto AI).

Ne discende che questo Tribunale non può che confermare la valutazione psichiatrica del dr. med. _____ che va considerata chiara, completa, dettagliata e rispettosa dei più recenti dettami giurisprudenziali, perciò come tale va posta alla base della determinazione della capacità lavorativa del ricorrente.

Tuttavia, tali referti non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito tali da mettere in discussione la sua valutazione. Gli stessi sono stati attentamente vagliati dr. med. _____ il quale ha sempre confermato la propria valutazione peritale - esperita dopo aver riassunto e discusso tutta la documentazione medica pertinente componente il dossier medico dell'assicurato - attraverso i necessari complementi peritali prendendo posizione, in modo puntuale e motivato, sulle discordanze con i pareri medici contrari prodotti dall'assicurato con le osservazioni al progetto di decisione e con il ricorso.

In particolare la diagnosi di sindrome da dolore persistente, in diagnosi differenziale con una fibromialgia, posta dal dr. med. _____, è stata confermata da tutti gli psichiatri che hanno avuto in cura il paziente ed è coerente con quella di fibromialgia di tipo primario posta dal perito reumatologo.

Il perito psichiatra, dopo aver discusso il rapporto di dimissione dalla Clinica _____, evidenziando come nello stesso venga indicato che l'episodio depressivo in atto al momento del ricovero fosse di media gravità, mentre al momento della dimissione fosse solo di grado lieve con un netto miglioramento dei dolori, ha quindi preso posizione, distanziandosene, dalle conclusioni dello psichiatra curante dr. med. _____ e della perizia dell'_____ riguardo alla diagnosi di depressione e dalla valutazione della dr.ssa med. _____ la quale, oltre alla diagnosi di disturbo depressivo ha posto quella di modificazione duratura della personalità da dolore cronico.

Lo specialista ha evidenziato di non aver rilevato all'esame clinico alcun segno oggettivo di una patologia depressiva, né di un disturbo della personalità, nemmeno rilevati dalla testistica psicodiagnostica. Ha invece osservato come sia i test, i quali hanno evidenziato una tendenza ad accentuare i sintomi fisici e psicologici, che il colloquio psicologico, lasciassero ipotizzare che il grado di malessere depressivo riportato dal paziente fosse percepito e vissuto in maniera amplificata con tendenza a sovrastimare negativamente la propria condizione fisica. Egli ha quindi proceduto alla discussione delle incoerenze emerse nel corso dei colloqui. Ha dapprima rilevato di aver periziato l'interessato fra gennaio e febbraio 2019 e di non aver rilevato in tale occasione dei segni oggettivi di depressione ma soltanto dei sintomi somatoformi (valutandolo anche in quell'occasione inabile al lavoro nella misura del 20% da intendersi quale riduzione del rendimento), nonostante lo psichiatra curante certificasse un'incapacità lavorativa totale sulla base di una diagnosi depressiva. Ha quindi evidenziato come, una volta negato il diritto alla rendita, il periziando abbia immediatamente trovato un'occupazione al 100% come autista e lo psichiatra curante

abbia quindi certificato la sua piena abilità lavorativa. Ha inoltre osservato come malgrado l'assicurato abbia riferito di non aver sopportato tale lavoro a causa dei problemi di salute, dall'attestato di guadagno intermedio del datore di lavoro risulterebbe come l'attività sia stata sospesa per l'impossibilità di lavorare a causa della pandemia. Solo a questo punto lo psichiatra curante avrebbe quindi certificato di nuovo un'incapacità totale per depressione. Il perito ha quindi evidenziato che i problemi sociali - segnatamente la preoccupazione di restare a carico dell'assistenza con il rischio di espulsione dalla Svizzera, rilevati già in tale occasione proprio dallo psichiatra curante, il quale ha evidenziato che a causa di ciò egli non volesse aprire un caso malattia - abbiano rappresentato nel corso dell'esplorazione peritale la maggiore preoccupazione dell'assicurato. Ciò che del resto era stato evidenziato anche dal dr. med. _____ nel rapporto di dimissione da _____ dell'aprile 2021. Ha inoltre osservato come il rifiuto di sottoporsi al tampone per Covid-19 prima dell'ammissione alla clinica psichiatrica, adducendo come giustificazione il fatto che non fosse obbligatorio, denotasse un'assenza della tipica responsabilità e remissività del paziente depresso ma palesasse una certa caratterialità. Ha quindi osservato come il fatto che il periziando non abbia fatto il vaccino per il Covid-19 per il timore che lo stesso potesse compromettere la propria salute, così come la dichiarazione di aver paura di prendere il Covid-19 e di ammalarsi gravemente, indichino che egli non è distaccato dalla realtà esterna e disinteressato alla propria vita, ma pare al contrario molto preoccupato del futuro che potrebbe attendere lui e la sua famiglia; ciò anche in relazione ad eventuali problemi con il permesso di soggiorno svizzero. Ha infine evidenziato come il disinvestimento del periziando nei confronti delle attività domestiche - lasciando intendere come ciò potesse essere dovuto a questioni culturali o caratteriali - contraddica la presenza di una depressione, essendo solitamente il paziente depresso molto responsabile cercando di rendersi utile come può pur nutrendo una tristezza di fondo insanabile, una scarsa autostima, non sentendosi mai sufficientemente utile e con una tendenza a svalutarsi.

Contrariamente alla tesi ricorsuale, queste considerazioni del perito riguardo alle contraddizioni emerse in sede di colloquio - peraltro non confutate da pareri medici di senso contrario, non emergendo dalla refertazione medica prodotta dall'assicurato alcuna contestazione in proposito - non permettono di considerare inammissibile il modo in cui è stata condotta la perizia e le sue risultanze. Le conclusioni del dr. med. _____ poggiano infatti in primo luogo su un'anamnesi dettagliata, su una valutazione completa del dossier medico e sulla propria osservazione clinica, mentre tali considerazioni costituiscono degli indizi corroboranti le sue constatazioni oggettive.

Va del resto rilevato che tale analisi dei comportamenti e delle affermazioni del periziando - peraltro esatta dalla giurisprudenza e che, a mente del perito, contraddice la presenza di una depressione corroborando l'osservazione clinica, la quale non ha mostrato segni oggettivi di un patologia depressiva - conferma quanto emerge dai test psicodiagnostici ovvero di una tendenza a vivere e percepire il proprio malessere in modo amplificato, sovrastimando la propria condizione fisica e psicopatologica. Il perito si è d'altronde confrontato con tali censure del ricorrente difendendo la correttezza delle proprie osservazioni. In particolare, dopo aver preso puntualmente posizione in merito alle singole censure ha osservato che () nemmeno lo psichiatra curante ha contestato tali argomenti del perito. D'altra parte il perito non può che ribadire le sue osservazioni, proprio perché in esse non c'è nulla di sbagliato e perché esse contraddicono effettivamente la diagnosi di depressione maggiore.

L'assicurato ha riproposto con il ricorso il rapporto medico 13 febbraio 2023 del dr. med. _____ (già prodotto in sede di osservazioni al progetto di decisione) il quale, insistendo nel ritenere la presenza di una depressione, ha in particolare evidenziato come i disturbi riferiti dal paziente corrispondenti a disturbo del sonno, abulia, tendenza all'isolamento sociale, anedonia e perdita degli interessi, appartengano alla sindrome depressiva e che di ciò debba essere tenuto debitamente conto.

Giova qui preliminarmente ribadire quanto esposto al consid. 2.5 riguardo al valore probatorio dei rapporti dei medici curanti, ovvero 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, poiché in ragione del rapporto di fiducia esistente egli attesterà in caso di dubbio in favore del suo paziente.

Ad ogni modo, il dr. med. _____ ha spiegato sia nella perizia sia nel successivo complemento 14 maggio 2023, con cui si è confrontato con le contestazioni del dr. med. _____ di cui al succitato rapporto, di non aver rilevato segni oggettivi di una depressione. Ha in particolare rilevato di aver dato uno spazio adeguato alle lamentele soggettive (le quali sono dettagliatamente descritte sia nell'anamnesi che nella discussione dei disturbi attuali e di quelli legati al lavoro, così come nella dettagliata esposizione dello svolgimento di una giornata tipo e delle aspettative per il futuro) valutandone poi la coerenza con i dati oggettivi e constatando una netta discrepanza. Ha quindi evidenziato come le contraddizioni riscontrate, unitamente ai risultati dei test psicodiagnostici, indichino che l'assicurato, pur presentando una tendenza alla somatizzazione del disagio sociale, ne amplifichi la portata nella speranza di ottenere dei vantaggi secondari.

A tal riguardo in sede di ricorso l'assicurato ha sostenuto che non vi siano indicazioni di aggravamento o di simulazione e che il suo comportamento corrisponda a quello che si poteva aspettare sulla base delle sue diagnosi.

Ora, in merito incoerenze emerse in sede di colloquio peritale e sulle divergenze fra i disturbi soggettivi lamentati dall'assicurato e le constatazioni oggettive si è già diffusamente espresso il perito per cui, non vedendo questo Tribunale motivi per discostarsi dalle sue considerazioni, si può rimandare a quanto esposto al riguardo al paragrafo precedente (cfr. supra consid. 2.7.2). A tal riguardo va poi ribadito che quanto rilevato dal perito è confermato dai risultati dei test psicodiagnostici SIMS e MMPI-2-RF, somministrati dallo psicologo e psicoterapeuta _____ il quale, dopo aver spiegato che il SIMS è un questionario self-report multiassiale per l'identificazione della simulazione di disturbi psichici (malingering) in vari contesti, sia clinici che forensi. È utile per individuare in ambito forense la simulazione diretta a ottenere vantaggi, in ambito clinico le tendenze all'esagerazione o alla fabbricazione di disturbi fittizi e in ambito neuropsicologico la simulazione tesa a rappresentare capacità intellettive inferiore a quelle effettive ha indicato che il punteggio totale ottenuto dall'A.(25) risulta superiore al valore soglia ($\Rightarrow 14$) suggerito per l'identificazione di una sospetta simulazione, ipotizzando la presenza di un atteggiamento teso all'amplificazione di alcuni sintomi (). Quanto al test MMPI-2-RF nell'analisi della validità del protocollo ha osservato che è stato prodotto un numero di risposte infrequenti molto superiore a quello osservato nella popolazione generale ($F-r=97T$; $Fp-r=67T$) e, per quanto riguarda l'ambito somatico-cognitivo, si segnala un numero di sintomi molto più ampio della media ($Fs=96T$, $FBS=105T$; $RBS= 87T$). Il perito ha quindi concluso in modo motivato e condivisibile che gli elementi che emergono dai test sopra descritti, unitamente al colloquio psicologico

portano ad ipotizzare che il grado di malessere riportato dal periziando () sia egosintonico ma percepito e vissuto in modo amplificato dal soggetto, tendente a svalutarsi e a sovrastimare negativamente la propria condizione fisica e psicopatologica (doc. 168 incarto AI, pag. 693).

Nemmeno può essere accolta la contestazione del ricorrente secondo cui le conclusioni del perito scaturiscano da una sua convinzione ab initio del fatto che egli, nel farsi riconoscere come ■malato■, sia alla ricerca di vantaggi ed in particolare cerchi di evitare conseguenze negative sul piano sociale. Come pertinentemente rilevato dal perito, proprio il dr. med. _____ già nel 2020 aveva rilevato che l'■assicurato non volesse aprire un caso di malattia poiché ■finirebbe a carico dell'■Assistenza e questo a lungo andare creerebbe il pericolo di espulsione dalla Svizzera■. Lo stesso dr. med. _____ nella perizia ha osservato che ■questi problemi sociali rappresentano la maggiore preoccupazione dell'■assicurato ancora attualmente e sono emersi durante l'■esplorazione peritale■, rilevando di aver evidenziato una focalizzazione oggettiva sulle grosse preoccupazioni sociali. Ha inoltre osservato come nel rapporto di dimissione dalla clinica di _____ il dr. med. _____ avesse evidenziato che il paziente apparisse più interessato alla decisione dell'■AI, che ad una vera guarigione. Egli ha pertanto interpretato le incongruenze emerse in sede di colloquio alla luce di tale forte disagio sociale, il quale ha rilevato generare una grande e autentica preoccupazione nel periziando e nei suoi familiari. Quindi, sostenendo come non si possa parlare di simulazione deliberata quanto piuttosto di un'■amplificazione di alcuni sintomi realmente presenti, il perito ha valutato che l'■assicurato, pur presentato una tendenza alla somatizzazione del disagio psicosociale, ne amplifica la portata nella speranza di ottenere dei vantaggi secondari.

Quanto alla perizia psichiatrica 7 settembre 2023 dell'■IPPT va rilevato come, contrariamente a quella del dr. med. Bonzano, la stessa non sia stata allestita secondo i criteri posti recentemente dalla giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.6.). Come pertinentemente evidenziato dal medico SMR, non si evince inoltre quale parte sia stata redatta dal dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, e cosa invece sia stato elaborato dalla psicologa _____ rispettivamente dalla psicologa in praticantato clinico _____, né chi abbia effettuato le visite. Inoltre, sebbene sia stato indicato nello scritto 8 novembre 2023 che gli atti consultati per l'■allestimento della perizia ■riguardano gli incarti del dossier del signor RI 1 forniti dal suo legale■, da nessuna parte viene indicato con precisione quali atti medici sono stati effettivamente presi in considerazione.

Oltre a ciò tale elaborato è stato oggetto di un'■approfondita presa di posizione da parte del perito il quale, evidenziandone le incongruenze, ha spiegato nel dettaglio i motivi per cui lo stesso non fosse atto a mettere in dubbio la sua valutazione. Il medico SMR, anch'■esso specialista in psichiatria e psicoterapia, ha confermato la presa di posizione del dr. med. _____ evidenziando come la perizia dell'■_____ si presentasse come un amalgama di valutazioni psichiatriche e psicodiagnostiche e non rispettasse alle linee guida della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia, confermando pertanto la sua valutazione. L'■ulteriore presa di posizione del dr. med. _____ e della psicologa _____ 8 novembre 2023 è inoltre stata sottoposta al medico SMR il quale ha ritenuto che, in assenza fatti nuovi, la valutazione peritale dovesse essere confermata.

Giova del resto evidenziare che, come visto, nella perizia il dr. med. _____ ha motivatamente confutato, sulla base di osservazioni oggettive, la presenza di una depressione. Occorre pertanto prestare adesione alle motivate e condivisibili conclusioni del

perito confermate dal medico SMR, ritenuto come dal referto dell'_____, il quale propone una differente interpretazione diagnostica - già respinta dal perito - sulla base della quale conclude per un'incapacità al lavoro completa in qualsiasi attività, non emerga alcun elemento nuovo o significativo tale da far apparire incompleta o non corretta la valutazione peritale del dr. med. _____.

In sede di ricorso il ricorrente ha prodotto un referto medico del dr. med. _____ del 4 luglio 2023 (doc. B1) il quale, in seguito all'espletamento di esami biologici, indica la presenza di ANA positivi e degli anticorpi anti-DNA positivi, mettendoli in relazione alle poliartralgie e a una lesione cutanea alla caviglia destra, ponendo la diagnosi di Lupus erimatoso sistemico, senza tuttavia indicare alcuna incapacità lavorativa. Tale nuovo referto è stato sottoposto al perito reumatologo dr. med. _____, FMH in reumatologia, il quale, con presa di posizione 4 ottobre 2023 ha indicato che, pur non potendo escludere la componente di una connettivite, le limitazioni funzionali sono determinate unicamente dai dolori risentiti dal paziente e che non vi fossero reperti clinici, anche nell'ambito di un'eventuale connettivite, tali da modificare le limitazioni funzionali e la capacità lavorativa. Malgrado la nuova diagnosi di lupus erimatoso sistemico il reumatologo ha quindi ritenuto che le sue valutazioni peritali fossero ancora valide. In assenza di indicazioni mediche di senso contrario, questo Tribunale non ha motivo per non aderire alla valutazione del perito specialista.

Tutto ben considerato, rilevato in particolare come la perizia pluridisciplinare elaborata dal _____ sia stata realizzata nel rispetto dei dettami di cui all'art. 44 LPGA e goda pertanto di piena forza probatoria, questo Tribunale ritiene che dai referti medici richiamati dall'insorgente non emergano indizi concreti dei semplici dubbi non sono sufficienti suscettibili di metterne in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1. febbraio 2021, consid. 2.2.4, STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8 e STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.6).

Ora, considerata l'assenza di una modifica dello stato di salute dell'insorgente, rispettivamente della sua capacità lavorativa residua (cfr. supra consid. 2.8.), si può escludere che la sua capacità di guadagno abbia subito un aggravamento tale da giustificare l'accoglimento della nuova richiesta di prestazioni AI.

Ad ogni modo, pur determinando nuovamente la capacità di guadagno senza rimandare come fatto dall'Ufficio AI alla valutazione economica contenuta nella decisione 1. ottobre 2019 da cui non scaturiva alcuna perdita di guadagno con conseguente grado AI dello 0% si otterrebbe per il 2021 un reddito da valido di fr. 52'949.20 (in considerazione del reddito di fr. 52'000 conseguito dall'assicurato nel 2016, il quale risulta essere il più alto conseguito in carriera, adeguato all'evoluzione dei salari fino al 2021) ed un salario da invalido, evinto dai dati statistici TA1-2020, valore mediano attività semplici di tipo fisico o manuale, riportato su una settimana lavorativa di 41.7 ore (cfr. Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica) adattato all'evoluzione dei salari fino al 2021, in considerazione di una capacità lavorativa dell'80%, di fr. 52'257.70, da cui risulta un grado AI dell'1.3% $\{[(52'949.10 - 52'257.70) / 52'949.10] \times 100\}$.

Nemmeno sono stati adottati, né del resto risultano dati, altri fattori per riconoscere una riduzione sociale.

Di sicuro non lo è l'età ritenuto come al momento della decisione impugnata l'assicurato (nato il _____ 1978) aveva 44 anni, e non era quindi prossimo all'età pensionabile.

Va inoltre rilevato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello 1 attività semplici di tipo fisico o manuale; corrispondente al precedente livello di qualifica 4: attività semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso DTF 137 V 71 consid. 5.3 e STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3 con riferimenti), ciò che corrisponde al caso in esame.

Né del resto la circostanza che l'assicurato, entrato in Svizzera nel 1993, sia titolare di un permesso di domicilio C permette di riconoscere un motivo di riduzione.

Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbisLPGA nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008).

Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

E. 31

dicembre 2021". I marginali 1007 e seg. della 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 valido da tale data, prevedono che: "Conformemente alle DT [Disposizioni transitorie, n.d.r.] LAI, 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 nel 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 concreto la prima domanda di prestazioni dell'assicurato, presentata il mese di agosto 2017 è stata rifiutata con decisione 1. ottobre 2019. La presente procedura porta sulla reiezione della nuova domanda di prestazioni,

presentata il 2/8 settembre 2020 dall'assicurato per il tramite del dr. med. Badaracco, il quale ha chiesto una rivalutazione dello stato di salute sulla base delle nuove diagnosi poste dalla dr.ssa med. Raimondi il 21 agosto 2020. Conseguentemente, sia l'eventuale diritto alle prestazioni che l'invalidità (teorica), le quali, non avendo elementi per considerare che si tratti di una domanda tardiva, insorgono un anno dopo l'asserito peggioramento del danno alla salute (art. 28 LAI; cfr. STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.3), sarebbero precedenti al 31 dicembre 2021. Visto quanto precede, ogni riferimento alle norme di diritto materiale applicabili in concreto, salvo indicazione contraria, va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021.

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, 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, secondo la surriferita definizione, sono quindi 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, p. 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. 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 LPGGA, 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 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del

lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello 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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5; Scartazzini, op. cit., pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.4. Nel caso in esame, a seguito della domanda di prestazioni 2/8 settembre 2020, l'amministrazione ha fatto allestire una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, reumatologico, neurologico e psichiatrico. La valutazione psichiatrica è stata affidata al dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia il quale, dopo aver visitato il paziente in due occasioni, elencati gli atti di pertinenza psichiatrica, riassunta l'anamnesi, i disturbi attuali, ha risposto alle domande del questionario dell'Ufficio AI, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome da dolore persistente (ICD-10; F45.4) in diagnosi differenziale con una fibromialgia, confermando la diagnosi formulata nella precedente valutazione peritale svolta nell'ambito della prima domanda di prestazioni. Circa la discussione delle incoerenze emerse il dr. med. _____, nella valutazione peritale del 10 febbraio 2022, ha in particolare affermato: " Ho già valutato il periziando tra gennaio e febbraio 2019. All'epoca non vi erano dei segni depressivi oggettivi, ma soltanto dei sintomi somatoformi e un vantaggio secondario sul piano sociale, derivante dal mantenimento della condizione di malato. Il periziando ha sempre assunto le cure antidepressive prescritte, che risultavano evidentemente efficaci, come dimostra il fatto seguente. Allora il periziando si dichiarava completamente incapacitato a riprendere un qualsiasi lavoro e lo psichiatra curante era dello stesso avviso continuando a certificare IL 100%. Una volta negata la rendita di invalidità il periziando ha tempestivamente trovato un'occupazione al 100% come autista e lo psichiatra curante ha chiuso la malattia, certificando l'assicurato abile in misura completa dall'1.12.20219. L'assicurato dice di non avere sopportato il lavoro come

autista, a causa dei suoi problemi di salute. Dall'attestato di guadagno intermedio, redatto dalla " _____ ", del 23.04.2020, si apprende invece che l'attività lavorativa in qualità di autista è stata sospesa per impossibilità a lavorare a causa di pandemia. L'assicurato è stato messo nuovamente inabile in maniera permanente dal medico di famiglia, per motivi fisici e non mentali, a partire dal 13.07.2020, a causa di: fibromialgia riacutizzata, sindrome lomboradicolare, gonalgia di natura incerta. A questo punto, dal 23.07.2020 lo psichiatra curante si è riallineato repentinamente col medico generico e ha certificato anche lui una nuova IL 100% per depressione, sostenendo addirittura che: nonostante il proseguimento delle cure farmacologiche lo stato psichico non è migliorato, bensì peggiorato" e, a suo avviso, vi è una sintomatologia depressiva prevalente rispetto alta problematica dolorosa. Lo psichiatra ha segnalato inoltre, già allora, dei nuovi e pesanti problemi sociali, dichiarando: "L'A. non vuole aprire un caso di malattia, poiché finirebbe a carico dell'Assistenza e questo a lungo andare creerebbe il pericolo di espulsione dalla Svizzera". Questi problemi sociali rappresentano la preoccupazione maggiore dell'assicurato ancora attualmente e sono emersi durante l'esplorazione peritale. Alla luce dei problemi sociali, assume un significato importante [l'osservazione del reumatologo _____ del 12.10.2020, il quale asseriva che l'assicurato avesse soprattutto una sindrome del dolore cronico e riferiva di aver discusso con rassicurato le varie possibilità, (...) che il paziente non desiderava effettuare, in quanto concentrato sulla nuova richiesta di prestazioni AI. (...). La valutazione multidisciplinare (reumatologica, psichiatrica, neurologica), fatta a _____ nel mese di marzo 2021 è altrettanto importante. La psichiatra Dr.ssa _____ formulava acriticamente la diagnosi di depressione grave, in modificazione della personalità dovuta a dolore cronico. Nel rapporto globale di dimissione da _____ di aprile 2021, il Dr. _____ scriveva tuttavia che: "si è proposto all'assicurato di proseguire le cure in ambito stazionario psichiatrico, ma egli ha rifiutato. Si sottolinea che il paziente al momento appare più interessato alla decisione dell'AI, che ad una vera guarigione... il problema maggiore è la convinzione dell'assicurato di essere totalmente invalido". Dagli atti non risultano i significativi cali ponderali di oltre 20 Kg segnalati dal periziando in passato. Il rapporto di dimissione della clinica _____ specificava che, al momento del ricovero, l'episodio depressivo in atto era al massimo di media gravità e non severo. Al momento della dimissione il soggetto era solo lievemente depresso, con miglioramento netto pure dei dolori. In tale rapporto si scriveva: "nel corso dei colloqui effettuati le tematiche del paziente ruotano costantemente attorno ai forti dolori che interesserebbero gran parte del corpo... nella seconda parte della degenza rassicurato si presenta con umore solo lievemente deflesso, con tensione endopsichica lieve ed algie, che seppure ancora presenti, sono in sensibile miglioramento". (...). Interessanti alcune osservazioni ulteriori che contraddicono la diagnosi di depressione. Il paziente depresso normalmente è molto remissivo sul piano sociale e ha un elevato senso di responsabilità in tutto. Il periziando, invece, ha evitato di sottoporsi al tampone per Covid-19 proposto prima dell'ammissione in clinica psichiatrica. Il solo motivo che egli ha addotto con il perito è che esso non fosse obbligatorio. Questa assenza di responsabilità, verso una procedura così semplice, in vista di un ricovero in mezzo ad altre persone, denota caratterialità, piuttosto che la classica remissività del depresso. Interessante inoltre, il fatto che il periziando non abbia fatto il vaccino contro il Covid -19, La motivazione alla base di questa sua scelta è emblematica e contraddice palesemente la presenza di una depressione la quale, come ho detto, di solito evidenzia un'eccessiva responsabilità e un parallelo disinteresse per la propria vita. (...) Egli ha quindi affermato di avere evitato il vaccino per timore che esso

comprometta in maniera permanente e irreversibile la sua salute. Ha inoltre dichiarato di avere anche paura di prendere il covid-19 e di ammalarsi gravemente (...) Si intravede qui una sensazione di onnipotenza più riconducibile alle convinzioni classiche dei cosiddetti "No vax", che alla disperazione vitale del depresso. Interessante inoltre notare che il periziando non è distaccato dalla realtà esterna e disinteressato alla propria vita. Al contrario egli è preoccupatissimo del futuro che potrebbe attendere lui e la sua famiglia in caso vi fossero dei problemi con il permesso di soggiorno svizzero. Va infine sottolineato il disinvestimento del periziando (caratteriale? culturale?) nei confronti delle attività domestiche, laddove egli potrebbe almeno alleggerire un po' la moglie. Egli dipinge una vita quotidiana totalmente passiva. Anche questo elemento contraddice la presenza di una depressione. Il paziente depresso, soprattutto se ha sintomi lievi e trattati, è di solito molto responsabile e, almeno in casa e per i suoi famigliari, egli cerca di rendersi utile come può, pur nutrendo dentro di lui una tristezza di fondo insanabile, una scarsa autostima, non sentendosi mai sufficientemente utile, mai adeguato, svalutandosi nonostante tutto quello che cerca di fare. Gli elementi che emergono dai test psicodiagnostici, poi aiutano anch'essi a ipotizzare che il grado di malessere riportato dal periziando sia percepito e vissuto in modo amplificato, con tendenza a svalutarsi e a sovrastimare negativamente la propria condizione fisica e psicopatologica. (...)” Quanto alla discussione del materiale relativo all’osservazione, nello status il perito ha invece evidenziato in particolare quanto segue: " L'assicurato è vigile, orientato nei parametri spazio-temporali, rispetto alle persone ed alle situazioni. Età apparente sovrapponibile a quella anagrafica. Eloquio spontaneo, fluente, rispettoso delle pause del discorso. Lessico corretto e discorso coerente. Nessi logici conservati. Non si riscontrano alterazioni a carico delle funzioni cognitive. Memoria di fissazione e di rievocazione integre. Il livello intellettuale è nella norma. Il contatto affettivo con l'interlocutore è sintono. Il comportamento è spontaneo, cordiale, collaborante. La mimica è normalmente espressiva per quanto intuibile sotto la mascherina. Non si riscontrano alterazioni della forma e del contenuto del pensiero. Non si osserva una focalizzazione oggettiva su tematiche depressive, quanto piuttosto sui riferiti dolori fisici e sulle grosse preoccupazioni sociali. La speranza per il futuro è obiettivamente conservata, nonostante venga soggettivamente dichiarata un'ideazione anticonservativa estrema. Non sono presenti ossessioni né idee prevalenti. Sono assenti manierismi e comportamenti compulsivi. L'impulsività è ben controllata. Non si evidenziano alterazioni della percezione. A livello affettivo non si osserva una flessione in senso depressivo del tono dell'umore, sebbene l'assicurato dica di sentirsi triste e profondamente depresso. Non si rileva un'elevazione patologica delle quote di ansia libera, mentre si oggettivano delle grosse preoccupazioni per la salute connesse ai dolori. Notevoli anche le preoccupazioni a livello sociale, per il timore di espulsione dalla Svizzera qualora restasse in assistenza. Riferita claustrofobia, non obiettivabile durante i due colloqui. Riposo notturno sufficiente, pur essendovi un sonno definito non completamente soddisfacente e un'insonnia di addormentamento. Appetito per i cibi nella norma in stato nutrizionale adeguato. Componente energetica oggettivamente integra, nonostante l'assicurato dica di non avere forze per nulla. Istinto vitale obiettivamente conservato, come si desume dai comportamenti volti alla preservazione della propria salute, nonostante egli dichiari delle idee suicidali estreme.” In merito agli esami psicologici complementari il dr. med. _____ ha osservato che: " Il punteggio totale ottenuto al SIMS (25) risulta superiore al valore soglia, suggerendo una certa insistenza, da parte dell'assicurato nella segnalazione della sintomatologia riferita, in particolare, al versante dei problemi ansioso/depressivi e

somatici. Anche i punteggi alle Scale di Validità del MMPI-2-RF evidenziano una certa tendenza ad accentuare sintomi fisici e psicologici. Gli elementi che emergono dai test sopra descritti, unitamente al colloquio psicologico, portano ad ipotizzare che il grado di malessere riportato dal periziando, caratterizzato da deflessione del tono dell'umore, ansia, ritiro sociale, esperienze aberranti, anedonia, ideazione persecutoria e scarsa progettazione futura sia egosintonico, ma percepito e vissuto in modo amplificato dal soggetto, tendente a svalutarsi e a sovrastimare negativamente la propria condizione fisica e psicopatologica.” Circa la valutazione della coerenza e della plausibilità il perito ha affermato che: " Come in occasione della prima valutazione, non mancano anche ora le incongruenze sopra descritte, ma esse vanno interpretate alla luce di tutti gli elementi disponibili, in primis di un forte disagio sociale, che genera una grande preoccupazione nel periziando e nei suoi famigliari. (...). Al termine di questa perizia, si ribadisce che l'assicurato, pur presentando una tendenza alla somatizzazione del disagio psicosociale, ne amplifica la portata, nella speranza di ottenere dei vantaggi secondari. È emerso in maniera evidente che la condizione di malato, se riconosciuta, formalizzata e indennizzata, permetterebbe di evitare delle conseguenze negative (reali o temute) sul piano sociale.” In merito alla valutazione di capacità, risorse e problemi egli ha infine valutato che: " Rispetto alla mia prima valutazione peritale, non ho trovato attualmente dette nuove diagnosi psichiatriche e nemmeno dei nuovi elementi clinici che possano portarmi a sostenere la presenza di una depressione maggiore invalidante. Le incoerenze sono diffuse, protratte nel tempo, molteplici e tra loro convergenti. (...) In presenza di uno stato oggettivo invariato, confermato anche dalla testistica, il limite funzionale massimo che posso riconoscere, nell'ambito di un'amplificazione volontaria marcata e ancora riconfermata, è del 20% per motivi psichiatrici, per il solo disturbo somatoforme e in assenza di depressione.” Con le osservazioni al progetto di decisione, il ricorrente ha prodotto una presa di posizione del proprio psichiatra curante dr. med. _____ del 13 febbraio 2023 (doc. 191 incarto AI) del seguente tenore: " Riferendomi al capitolo Disturbi attuali sottolineo che il paziente ha cercato di sottoporsi a diversi tipi di terapia e questo indica come vi sia una condizione di sofferenza che egli cerca di superare attraverso queste cure. Al fine di proseguire la psicoterapia con la persona con cui si era trovato bene in clinica egli ha mantenuto il contatto con la terapeuta nonostante essa si trovasse a _____. Nel capitolo concernente Disturbi legati al lavoro (...) Questi disturbi riferiti dal paziente (...) corrispondono clinicamente a: disturbo del sonno, abulia, tendenza all'isolamento sociale, anedonia, perdita degli interessi. Questi sono sintomi appartenenti alla sindrome depressiva e il paziente ne parla semplicemente così come li vive. Di essi si deve tener conto anche se non sono direttamente osservabili in sede di colloquio ambulatoriale o peritale. Per quanto riguarda il capitolo sul Trattamento seguito finora devo specificare che, nel 2018, ritenevo la psicoterapia poco efficace poiché la sintomatologia depressiva stessa (...) influisse negativamente sull'efficacia di tale approccio. Per quanto concerne la terapia stabilita presso la clinica Santa Croce essa comprende la fluoxetina come antidepressivo e l'Olanzapina come farmaco potenziante l'effetto antidepressivo della fluoxetina (augmentation) e come farmaco volto a ridurre lo stato di tensione (...) Per quanto concerne la costanza della terapia farmacologica devo dire che la combinazione dapprima di Lyrica e Cymbalta e successivamente di Lyrica e Saroten era particolarmente indicata data la concomitanza di una sintomatologia depressiva e dolori cronici, con potenziale beneficio su entrambe le problematiche. (...) Per quanto concerne il commento espresso nella perizia riguardante il rapporto della Dr.ssa _____ ritengo che la collega abbia descritto in

modo dettagliato la sintomatologia constatata e abbia adeguatamente motivato la propria valutazione. (...) Per quanto riguarda la valutazione o la considerazione riservata al rapporto di uscita della Clinica _____ (...) La sintomatologia manifestata (...) è ben esposta e la diagnosi finale riconosce, sulla base di un'osservazione prolungata, la presenza della sintomatologia depressiva. (...) Per quanto concerne lo Status esprimo il mio disaccordo sul fatto che la mimica del paziente sia normalmente espressiva. Dal mio punto di vista il paziente ha una mimica e una gestualità ridotte e proprio questo può contribuire a rendere più difficile valutare dall'esterno il suo stato interiore. L'apatia, uno dei sintomi depressivi manifestati dal paziente, può avere come conseguenza questa scarsa manifestazione emotiva. L'osservazione stazionaria è stata importante anche per riuscire a comprendere la condizione del paziente al di là della possibilità concessa dall'osservazione in ambito ambulatoriale. Contesto anche il fatto che la speranza del futuro sia conservata: il paziente ha un forte timore che la sua condizione non migliori ed è molto preoccupato perché questo potrebbe porre in grave difficoltà la famiglia. Per quanto riguarda gli esami psicologici complementari, essi possono aiutare nell'inquadramento diagnostico ma in caso di discrepanza con l'osservazione clinica, è quest'ultima a prevalere. Vi è quindi da considerare la divergenza fra tutte le valutazioni cliniche (salvo quella del perito) e le considerazioni sull'amplificazione dei sintomi che la valutazione testistica suggerisce. (...)”

Il 14 maggio 2023 il perito, confrontandosi in modo puntuale con le osservazioni del dr. med. _____ ha confermato la propria valutazione (cfr. presa di posizione del dr. med. _____ all'interno del complemento peritale del _____ del 16 maggio 2023 di cui al doc. 203 incarto AI). Ha osservato come “ l'aderenza terapeutica dell'assicurato e la sua volontà di mantenere i contatti con la terapeuta, non aggiunge nulla di nuovo ” e che “ In merito ai disturbi lamentati dall'assicurato, espressosi con le sue parole, dalla perizia si evince chiaramente che essi sono stati considerati in tutta la loro ampiezza. È stato dato uno spazio adeguato alle lamentele soggettive e se ne è valutata la coerenza con i dati oggettivi ”. Ha inoltre affermato di non condividere “ la scelta di prescrivere un antipsicotico (con tutti gli effetti collaterali di lunga durata che questo potrebbe comportare) in presenza di una transitoria depressione di media gravità presso la clinica psichiatrica, che non presentava storicamente dei segni di resistenza alle cure. (...) ”

Quanto al rapporto di dimissione dalla Clinica _____ ha evidenziato di averlo considerato nella sua interezza confermando quanto esposto in sede di perizia. Ha inoltre ribadito quanto osservato clinicamente in merito alla mimica dell'assicurato, sostenendo di non aver avuto difficoltà a leggere le condizioni emotive del peritato. Per quanto riguarda speranza per il futuro ha confermato che, come dimostrato dai comportamenti e affermazioni dell'assicurato, la stessa sarebbe conservata. Per quanto attiene ai test ha invece indicato che “ Nel caso presente la questione non è assolutamente la discrepanza fra i test e l'osservazione clinica ma è il fatto che i test confermino coerentemente le osservazioni formulate dal perito (...) ”. Il perito si è poi espresso sulle contestazioni sollevate dal patrocinatore dell'insorgente confermando sostanzialmente le osservazioni contenute nella perizia, concludendo: " Ho quindi ponderato in maniera completa tutti gli indicatori previsti, ho discusso le contraddizioni agli atti e lo stato attuale del soggetto, paragonandolo a quello precedente e avvalendomi anche della testistica. Non trovo quindi alcun motivo per discostarmi dalle conclusioni peritali.”

Il perito dr.ssa med. _____, FMH in medicina interna generale, ha inoltre respinto le censure dell'assicurato in merito alla rilevanza delle diagnosi internistiche (doc. 203 incarto AI), ribadendo quanto indicato in perizia ovvero che le stesse non determinano una limitazione della capacità lavorativa ed evidenziando come una tale incapacità non fosse

nemmeno mai stata attestata dai curanti. Ha altresì osservato che i disturbi oggettivi della colonna cervicale e lombari che, a mente del patrocinatore dell'assicurato, sarebbero stati considerati a torto non avere un influsso sulla capacità lavorativa, siano stati debitamente considerati e valutati dal perito reumatologo dr. med. _____ il quale ha indicato che le stesse non spiegassero da sole l'entità della sintomatologia dolorosa lamentata la quale deve essere inquadrata anche nell'ambito di un quadro fibromialgico. Con il ricorso l'insorgente ha prodotto una perizia dell'Istituto _____ (doc. B2) a firma del dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, della psicologa _____ e della psicologa in praticantato clinico _____ nella quale, a seguito dei colloqui clinici con l'interessato, riassunte le anamnesi, esperiti ed interpretati i test psicometrici (MMPI-2 e test di Rorschach), è stata posta la diagnosi di “ Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4) con reazione depressiva prolungata ”, descrivendo il seguente quadro psicopatologico: Alla luce di quanto emerso, si rileva una struttura di funzionamento caratterizzata da un'importante fragilità narcisistica, per cui i vissuti infantili di inadeguatezza e pericolo trovano eco nell'impossibilità ad assolvere al proprio ruolo sociale di padre e marito che si occupa della famiglia. I disturbi somatici, certificati, che non possono non essere considerati nella visione globale del funzionamento della persona, hanno creato una frattura nella struttura adattiva della persona, dando inizio alla condizione di malessere e concorrono nel mantenerla: non sentendosi più in grado di essere efficace come sempre, in un quadro di scarse risorse, scarse capacità introspettive e di coping, utilizzando meccanismi di difesa di stampo nevrotico quali il diniego e la rimozione di contenuti che fatica ad accettare, il paziente non sarebbe riuscito ad entrare in contatto in modo funzionale con il sentimento di fallibilità. Negato e non simbolizzato, viene spostato sul piano corporeo, con un'accentuazione dei vissuti dolorosi, somatici e psichici. La condizione di rinuncia ad assolvere il proprio ruolo sociale avrebbe concorso, insieme ai dolori cronici, al deterioramento dell'immagine di sé, in presenza di un funzionamento cognitivo impoverito e a difficoltà nella modulazione degli stati interni. L'incapacità del periziando di uscire da tale condizione avrebbe dato luogo alla reazione depressiva che, a tutti gli effetti, allo stato attuale appare configurarsi come tale. Come giustamente valutato dai colleghi che hanno precedentemente valutato il periziando, “il paziente depresso normalmente è molto remissivo sul piano sociale e ha un elevato senso di responsabilità in tutto. Il tema della responsabilità è centrale per il soggetto depresso e, insieme ai costrutti di inadeguatezza e insufficienza, mantiene il cortocircuito mentale della depressione”: le tematiche della responsabilità, inadeguatezza e insufficienza appaiono centrali all'interno del costrutto identitario della persona e, allo stesso tempo, nella visione del paziente, la propria efficienza appare irrimediabilmente perduta, mantenendo in tal senso il vissuto depressivo di rinuncia a potere trovare una soluzione. In aggiunta, le scarse risorse cognitive e adattive, rilevate anche per mezzo della testistica, rendono conto della cecità della persona nel trovare soluzioni alternative nel riprendere in mano la propria vita e della scarsa efficacia dei trattamenti di cui beneficia da anni, cristallizzando in tal senso il quadro clinico. La tendenza ad evitare di confrontarsi con la realtà della situazione vissuta, distorcendola, in quanto inaccettabile, ha generato un conflitto emozionale che, in assenza di adeguate e funzionali risorse, ha condotto verosimilmente all'esordio di una reazione depressiva, il cui nucleo si caratterizza di un percepito soggettivo di inguaribilità e di rinuncia della parte identitaria per la persona da sempre più solida, quella lavorativo-sociale. (...) A fronte di quanto esposto, il periziando appare sprovvisto delle risorse necessarie per potersi reintegrare nel mondo del lavoro: i disturbi psichiatrici e quelli

somatici compromettono il funzionamento globale della persona, che risulta, pertanto, inabile a svolgere qualsivoglia attività lavorativa con un grado del 100%.” Il perito psichiatra ha preso posizione il 6 ottobre 2023 (doc. XII-1) rilevando anzitutto come una parte significativa del test MMPI-2, considerata non interpretabile, sia stata tralasciata e che sono emersi chiari indizi di simulazione per overreporting. Lo stesso sarebbe stato tuttavia ugualmente interpretato parzialmente in modo irrituale, dovendo tali test essere validati nella loro interezza. In punto al test di Rorschach oltre a evidenziare come lo stesso non fornisca degli indizi sulla psicopatologia in atto, ha osservato che il medesimo abbia introdotto delle incoerenze fra cui l’affermazione che: " (...) il periziando: "...è incline all’impulsività, funzionando in maniera adeguata in ambienti familiari, dove le richieste sono abituali e facilmente prevedibili” mentre nella stessa perizia proprio l’assicurato diceva di litigare sempre con la moglie e con i figli si definiva impaziente, irritabile, uno che risponde male.” E ancora: " (...) si scrive poi che “È ipotizzabile che la persona non presenti un quadro di depressione endogena”, ma nelle conclusioni diagnostiche si infila comunque il concetto di depressione, definendola reattiva ai problemi somatoformi. A proposito della depressione, che sarebbe ormai invalidante, nello status oggettivo (molto scarso) si segnala che non si rilevano dei franchi disturbi cognitivi, sebbene l’attenzione non risulti sempre mantenuta. Ora, se non ci sono dei franchi disturbi cognitivi, vuol dire che le episodiche distrazioni (le quali sono comunque normalmente presenti anche nella popolazione generale) non rientrano in un quadro di psicopatologia franca. Ciò nonostante, il tema dei deficit di attenzione durante i test (peraltro comunque più ampi e tutti completati) e nella discussione finale, viene stressato e presentato quale elemento psicopatologico.” Quanto alle conclusioni in merito alla personalità dell’assicurato, fondate sull’esito dei predetti test il perito ha rilevato che: " Tali considerazioni portano alla conclusione di una struttura di personalità con una fragilità narcisistica, fragilità che si sarebbe scompensata a causa della perdita di ruolo del periziando dovuta ai primari problemi somatici. Ammesso che le riflessioni fatte dai colleghi circa la personalità dell’assicurato possano essere ritenute attendibili, viste le svariate incoerenze che contraddistinguono le loro analisi, esse si riferiscono comunque a dei tratti di personalità che non hanno impedito di lavorare in passato. La diagnosi attuale formulata dai colleghi non si discosta comunque da quella del perito, quando sottolineano la centralità della sindrome somatoforme; essi parlano di uno stato psicopatologico cristallizzato da anni, aggiungendo però una depressione che, né i test e nemmeno il sottoscritto ha potuto rilevare. Tutte le incongruenze di questo caso, che avevo già sottolineato nella mia perizia e nella mia presa di posizione precedente, restano ancora pienamente valide. Ora, ad esse viene ad aggiungersi pure questa valutazione di parte, la quale tende a forzare l’analisi dei fatti nella direzione di una completa inabilità lavorativa, che però non ha consistenza. Non trovo quindi dei motivi per discostarmi dalle conclusioni alle quali ero giunto in perizia”

Con annotazione 24 ottobre 2023 (doc. XII-3) il medico SMR dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è espresso come segue: " Ho preso visione del complemento peritale _____ completo esaustivo e condivisibile completamente. Per l’aspetto psichiatrico, ovvero sulla conformità delle linee guida del rapporto e delle valutazioni testistiche dell’Istituto _____ devo rilevare che la perizia non risponde alle linee guida della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia rispettivamente non sono note le date e la durata delle visite di cui anche si ignora il numero né vengono elencati gli atti consultati. Inoltre, lo scritto è un amalgama di valutazione psichiatrica e psicodiagnostica con evidenti incoerenze interne come ben messo in luce dal Dr. _____. La perizia è

firmata da una psicologa, Sig.ra _____, da una psicologa praticante, Sig.ra _____, da un medico psichiatra, Dr. _____, senza che sia possibile verificare quali parti siano state redatte dal medico e quali dalle psicologhe, né in quale modo si sono svolte le visite, alla presenza di tutti i firmatari o in altro modo. La presa di posizione SMR è confermata.” Con osservazioni 13 novembre 2023 l’insorgente ha prodotto una nuova presa di posizione dell’IPPT (doc. C), a firma del dr. med. _____ e della psicologa _____ i quali hanno difeso la scelta di interpretare unicamente la seconda parte del test MMPI-2 non giudicando tale modo di procedere irrito. Quanto alla questione dell’overreporting hanno evidenziato che l’elevazione della scala Fb può essere attribuibile a diversi fattori, quali la tendenza a rispondere casualmente per difficoltà nella comprensione, stanchezza o altro, affaticamento nel corso della prova, tentativo di esagerazione dei sintomi. Quindi vanno considerati tutti gli aspetti, non solo l’ultimo elencato o a proprio piacimento e che, in presenza di indici di coerenza validi, il profilo sarebbe comunque interpretabile. Hanno quindi osservato che “ Nessuno, dunque, ha negato che ci sia stata verosimilmente un’enfaticizzazione sintomi, non tale da rendere il test del tutto inattendibile (quindi non sopra i cut-off di riferimento), bensì da considerare con cautela. Inoltre, ricordiamo che i test non fanno di per sé “diagnosi”, sono un ausilio clinico che segue specifici parametri psicometrici, la cui interpretazione va fatta anche alla luce dell’anamnesi della persona; ragion per cui, elevazioni di un certo livello possono essere considerate valide se la storia clinica lo conferma. Come sempre il Dr. _____ ha ben espresso: “è doveroso ricordare che l’origine dell’amplificazione non può essere definita dal test somministrato e può includere differenti fattori “ In merito al test di Rorschach hanno invece rilevato di aver utilizzato il metodo Exner sul quale risulterebbe particolarmente attendibile. Quanto alle incoerenze evidenziate dal dr. med. _____ hanno rilevato che: " (...) viene evidenziata un’incoerenza tra le affermazioni: “è incline all’impulsività, funzionando in ambienti familiari, dove le richieste sono abituali e facilmente prevedibili” e “l’assicurato diceva di litigare con la moglie e con i figli si definiva impaziente, irritabile, uno che risponde male”. Per “ambienti familiari” non si intende la sua famiglia, ma, come specificato, un qualsiasi ambiente con cui la persona ha familiarità, un ambiente “dove le richieste sono abituali e facilmente prevedibili”. Il fatto di essere risultato incline all’impulsività è invece coerente con quanto dichiarato dal paziente: “si definisce impaziente, irritabile, gli risponde male quando loro gli chiedono troppe cose o gli rispondono sgarbatamente...” (pag. 10 ns. perizia). La seconda presunta incoerenza di cui parla il Dr. _____ riguarda l’esclusione di una depressione endogena e l’affermazione di una depressione reattiva. È, appunto, reattiva (esogena) e non endogena, quindi dove sta l’incoerenza? Non si “infilà” il concetto di depressione, si specifica un quadro depressivo conseguente ad altra patologia e ad eventi di vita. Rispetto ai deficit di attenzione abbiamo specificato nella parte dei dati oggettivi (pag. 11-12 ns- perizia): “Non si rilevano franchi disturbi cognitivi (ossia in attenzione, memoria, capacità di giudizio, pianificazione ecc..) sebbene l’attenzione non risulti sempre mantenuta” e nel corso della valutazione e delle considerazioni viene riportato come elemento presente, in quanto difficoltà nel mantenere l’attenzione sono state rilevate; tuttavia, non si può parlare di un franco disturbo cognitivo (...). Ci piace notare come le osservazioni del collega siano state focalizzate su elementi “tecnici” e finalizzate maggiormente ad individuare presunte incoerenze nella valutazione in oggetto ma poco attente alla relazione tra i vissuti soggettivi della persona e a quanto emerso in fase di valutazione clinica. Tale aspetto appare cruciale nella comprensione della reazione depressiva che il paziente sperimenta e che, oltre che nella nostra valutazione

peritale, è stata riconosciuta anche da tutti gli altri specialisti che hanno valutato il paziente, tranne che dal Dr. _____.” Infine, indicate le date dei colloqui effettuati, sette fra il 27 giugno 2023 ed il 5 settembre 2023, hanno specificato di aver consultato gli atti riguardanti l’incarto del paziente fornitigli dal suo patrocinatore. Tale presa di posizione è stata sottoposta al medico psichiatra del SMR il quale, in assenza di fatti nuovi, ovvero di oggettive modificazioni di fatti noti, si è confermato nella precedente valutazione (doc. XVI-1).

2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l’invalidità, all’amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell’indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall’assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4, pag. 261; 115 V 133 consid. 2, pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell’AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l’acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell’assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3).

Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell’ autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell’assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato 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’art. 6 LPG - 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-assicurative, 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. STF 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pagg. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pagg. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.6. Per quanto

riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14

dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.7. 2.7.1. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti deve confermare le conclusioni della perizia psichiatrica 10 febbraio 2022 del dr. med. Bonzano. Il referto peritale (con i relativi complementi 14 maggio 2023 e 6 ottobre 2023) è da considerarsi dettagliato, completo e approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. Il perito si è espresso su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione (compresa quella prodotta in sede di osservazioni e di ricorso) ed ha valutato la capacità lavorativa del ricorrente sulla base dell'osservazione clinica effettuata durante le visite presso di lui. Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato del dr. med. _____. Pertanto, il TCA non ha motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse dal perito - confermate dal medico SMR - che ha proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurato, è specialista della materia che qui ci occupa (psichiatria) e vanta pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Alla perizia va quindi attribuita piena forza probante. Occorre qui rilevare che il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell'ambito dell'esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell'esperto (cfr. STF 8C_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che, come meglio si vedrà nel seguito, non si avvera nel caso di specie. Per quanto attiene anzitutto alla censura del ricorrente secondo cui le conclusioni peritali non possano essere considerate affidabili poiché non poggerrebbero su una procedura probatoria strutturata, sulla scorta di un catalogo di indicatori definiti nella DTF 141 V 281, va osservato che, per contro, il referto del dr. med. _____ corrisponde alla necessità di stabilire i fatti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. Lo specialista ha infatti riassunto i documenti medici che ha preso in considerazione per la sua valutazione, ha indicato nel dettaglio i disturbi soggettivi lamentati dall'assicurato e le constatazioni oggettive relative al danno della salute, ha esposto l'anamnesi, ha descritto le attività e le abitudini dell'interessato, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, ha suggerito quale terapia - farmacologica e non - sarebbe più adatta all'assicurato spiegandone i motivi, ha precisato che vi era

un'amplificazione volontaria marcata dei sintomi (confermata dalla testistica) e ha valutato la capacità lavorativa del ricorrente nella sua e in altre attività lavorative. Nel complesso, quindi, gli indicatori standard stabiliti dalla summenzionata giurisprudenza, e ripresi dall'Ufficio AI nel suo " Mandato di accertamento pluridisciplinare di decorso _____ precedente 2019 " sotto forma di " Catalogo delle domande AI " (doc. 129 incarto AI) trasmesso al _____ ai fini dell'allestimento della perizia pluridisciplinare, sono stati in concreto rispettati dallo psichiatra, così come rilevato anche dal medico SMR nell'annotazione 30 maggio 2023 (doc. 202 incarto AI). Ne discende che questo Tribunale non può che confermare la valutazione psichiatrica del dr. med. _____ che va considerata chiara, completa, dettagliata e rispettosa dei più recenti dettami giurisprudenziali, perciò come tale va posta alla base della determinazione della capacità lavorativa del ricorrente.

2.7.2. Questo Tribunale non ignora le certificazioni mediche agli atti, in particolare il rapporto medico 18 maggio 2021 della dr.ssa med. _____ (doc. 122 incarto AI) ed il rapporto di dimissione 5 ottobre 2021 dalla Clinica _____ dei dr. med. _____ e _____ (doc. 141 incarto AI), così come quelle prodotte dall'insorgente in sede di ricorso, ovvero il rapporto dello psichiatra curante dr. med. _____, 13 febbraio 2023 (doc. 191 incarto AI) (sebbene lo stesso fosse già stato proposto in sede di osservazioni al progetto di decisione) e la perizia psichiatrica 7 settembre 2023 dell'IPPT (doc. B2). Tuttavia, tali referti non apportano nuovi elementi oggettivi ignorati dal perito tali da mettere in discussione la sua valutazione. Gli stessi sono stati attentamente vagliati dr. med. _____ il quale ha sempre confermato la propria valutazione peritale - esperita dopo aver riassunto e discusso tutta la documentazione medica pertinente componente il dossier medico dell'assicurato - attraverso i necessari complementi peritali prendendo posizione, in modo puntuale e motivato, sulle discordanze con i pareri medici contrari prodotti dall'assicurato con le osservazioni al progetto di decisione e con il ricorso. In particolare la diagnosi di sindrome da dolore persistente, in diagnosi differenziale con una fibromialgia, posta dal dr. med. _____, è stata confermata da tutti gli psichiatri che hanno avuto in cura il paziente ed è coerente con quella di fibromialgia di tipo primario posta dal perito reumatologo. Il perito psichiatra, dopo aver discusso il rapporto di dimissione dalla Clinica _____, evidenziando come nello stesso venga indicato che l'episodio depressivo in atto al momento del ricovero fosse di media gravità, mentre al momento della dimissione fosse solo di grado lieve con un netto miglioramento dei dolori, ha quindi preso posizione, distanziandosene, dalle conclusioni dello psichiatra curante dr. med. _____ e della perizia dell' _____ riguardo alla diagnosi di depressione e dalla valutazione della dr.ssa med. _____ la quale, oltre alla diagnosi di disturbo depressivo ha posto quella di modificazione duratura della personalità da dolore cronico. Lo specialista ha evidenziato di non aver rilevato all'esame clinico alcun segno oggettivo di una patologia depressiva, né di un disturbo della personalità, nemmeno rilevati dalla testistica psicodiagnostica. Ha invece osservato come sia i test, i quali hanno evidenziato una tendenza ad accentuare i sintomi fisici e psicologici, che il colloquio psicologico, lasciassero ipotizzare che il grado di malessere "depressivo" riportato dal paziente fosse percepito e vissuto in maniera amplificata con tendenza a sovrastimare negativamente la propria condizione fisica. Egli ha quindi proceduto alla discussione delle incoerenze emerse nel corso dei colloqui. Ha dapprima rilevato di aver periziato l'interessato fra gennaio e febbraio 2019 e di non aver rilevato in tale occasione dei segni oggettivi di depressione ma soltanto dei sintomi somatoformi (valutandolo anche in quell'occasione inabile al lavoro nella misura del 20% da intendersi quale riduzione del

rendimento), nonostante lo psichiatra curante certificasse un'incapacità lavorativa totale sulla base di una diagnosi depressiva. Ha quindi evidenziato come, una volta negato il diritto alla rendita, il periziando abbia immediatamente trovato un'occupazione al 100% come autista e lo psichiatra curante abbia quindi certificato la sua piena abilità lavorativa. Ha inoltre osservato come malgrado l'assicurato abbia riferito di non aver sopportato tale lavoro a causa dei problemi di salute, dall'attestato di guadagno intermedio del datore di lavoro risulterebbe come l'attività sia stata sospesa per l'impossibilità di lavorare a causa della pandemia. Solo a questo punto lo psichiatra curante avrebbe quindi certificato di nuovo un'incapacità totale per depressione. Il perito ha quindi evidenziato che i problemi sociali - segnatamente la preoccupazione di restare a carico dell'assistenza con il rischio di espulsione dalla Svizzera, rilevati già in tale occasione proprio dallo psichiatra curante, il quale ha evidenziato che a causa di ciò egli non volesse aprire un caso malattia - abbiano rappresentato nel corso dell'esplorazione peritale la maggiore preoccupazione dell'assicurato. Ciò che del resto era stato evidenziato anche dal dr. med. _____ nel rapporto di dimissione da _____ dell'aprile 2021. Ha inoltre osservato come il rifiuto di sottoporsi al tampone per Covid-19 prima dell'ammissione alla clinica psichiatrica, adducendo come giustificazione il fatto che non fosse obbligatorio, denotasse un'assenza della tipica responsabilità e remissività del paziente depresso ma palesasse una certa caratterialità. Ha quindi osservato come il fatto che il periziando non abbia fatto il vaccino per il Covid-19 per il timore che lo stesso potesse compromettere la propria salute, così come la dichiarazione di aver paura di prendere il Covid-19 e di ammalarsi gravemente, indichino che egli non è distaccato dalla realtà esterna e disinteressato alla propria vita, ma pare al contrario molto preoccupato del futuro che potrebbe attendere lui e la sua famiglia; ciò anche in relazione ad eventuali problemi con il permesso di soggiorno svizzero. Ha infine evidenziato come il disinvestimento del periziando nei confronti delle attività domestiche - lasciando intendere come ciò potesse essere dovuto a questioni culturali o caratteriali - contraddica la presenza di una depressione, essendo solitamente il paziente depresso molto responsabile cercando di rendersi utile come può pur nutrendo una tristezza di fondo insanabile, una scarsa autostima, non sentendosi mai sufficientemente utile e con una tendenza a svalutarsi. Contrariamente alla tesi ricorsuale, queste considerazioni del perito riguardo alle contraddizioni emerse in sede di colloquio - peraltro non confutate da pareri medici di senso contrario, non emergendo dalla refertazione medica prodotta dall'assicurato alcuna contestazione in proposito - non permettono di considerare inammissibile il modo in cui è stata condotta la perizia e le sue risultanze. Le conclusioni del dr. med. _____ poggiano infatti in primo luogo su un'anamnesi dettagliata, su una valutazione completa del dossier medico e sulla propria osservazione clinica, mentre tali considerazioni costituiscono degli indizi corroboranti le sue constatazioni oggettive. Va del resto rilevato che tale analisi dei comportamenti e delle affermazioni del periziando - peraltro esatta dalla giurisprudenza e che, a mente del perito, contraddice la presenza di una depressione corroborando l'osservazione clinica, la quale non ha mostrato segni oggettivi di un patologia depressiva - conferma quanto emerge dai test psicodiagnostici ovvero di una tendenza a vivere e percepire il proprio malessere in modo amplificato, sovrastimando la propria condizione fisica e psicopatologica. Il perito si è d'altronde confrontato con tali censure del ricorrente difendendo la correttezza delle proprie osservazioni. In particolare, dopo aver preso puntualmente posizione in merito alle singole censure ha osservato che “ (...) nemmeno lo psichiatra curante ha contestato tali argomenti del perito. D'altra parte il perito non può che ribadire le sue osservazioni, proprio perché in esse non c'è nulla di

sbagliato e perché esse contraddicono effettivamente la diagnosi di depressione maggiore”. L’insorgente ha riproposto con il ricorso il rapporto medico 13 febbraio 2023 del dr. med. _____ (già prodotto in sede di osservazioni al progetto di decisione) il quale, insistendo nel ritenere la presenza di una depressione, ha in particolare evidenziato come i disturbi riferiti dal paziente corrispondenti a disturbo del sonno, abulia, tendenza all’isolamento sociale, anedonia e perdita degli interessi, appartengano alla sindrome depressiva e che di ciò debba essere tenuto debitamente conto. Giova qui preliminarmente ribadire quanto esposto al consid. 2.5 riguardo al valore probatorio dei rapporti dei medici curanti, ovvero 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, poiché in ragione del rapporto di fiducia esistente egli attesterà in caso di dubbio in favore del suo paziente. Ad ogni modo, il dr. med. _____ ha spiegato sia nella perizia sia nel successivo complemento 14 maggio 2023, con cui si è confrontato con le contestazioni del dr. med. _____ di cui al succitato rapporto, di non aver rilevato segni oggettivi di una depressione. Ha in particolare rilevato di aver dato uno spazio adeguato alle lamentele soggettive (le quali sono dettagliatamente descritte sia nell’anamnesi che nella discussione dei disturbi attuali e di quelli legati al lavoro, così come nella dettagliata esposizione dello svolgimento di una giornata tipo e delle aspettative per il futuro) valutandone poi la coerenza con i dati oggettivi e constatando una netta discrepanza. Ha quindi evidenziato come le contraddizioni riscontrate, unitamente ai risultati dei test psicodiagnostici, indichino che l’assicurato, pur presentando una tendenza alla somatizzazione del disagio sociale, ne amplifichi la portata nella speranza di ottenere dei vantaggi secondari. A tal riguardo in sede di ricorso l’assicurato ha sostenuto che non vi siano indicazioni di aggravamento o di simulazione e che il suo comportamento corrisponda a quello che si poteva aspettare sulla base delle sue diagnosi. Ora, in merito incoerenze emerse in sede di colloquio peritale e sulle divergenze fra i disturbi soggettivi lamentati dall’assicurato e le constatazioni oggettive si è già diffusamente espresso il perito per cui, non vedendo questo Tribunale motivi per discostarsi dalle sue considerazioni, si può rimandare a quanto esposto al riguardo al paragrafo precedente (cfr. supra consid. 2.7.2). A tal riguardo va poi ribadito che quanto rilevato dal perito è confermato dai risultati dei test psicodiagnostici SIMS e MMPI-2-RF, somministrati dallo psicologo e psicoterapeuta _____ il quale, dopo aver spiegato che il “ SIMS è un questionario self-report multiassiale per l’identificazione della simulazione di disturbi psichici (malingering) in vari contesti, sia clinici che forensi. È utile per individuare in ambito forense la simulazione diretta a ottenere vantaggi, in ambito clinico le tendenze all’esagerazione o alla fabbricazione di disturbi fittizi e in ambito neuropsicologico la simulazione tesa a rappresentare capacità intellettive inferiore a quelle effettive ” ha indicato che “ il punteggio totale ottenuto dall’A.(25) risulta superiore al valore soglia (≥ 14) suggerito per l’identificazione di una sospetta simulazione, ipotizzando la presenza di un atteggiamento teso all’amplificazione di alcuni sintomi (...)”. Quanto al test MMPI-2-RF nell’analisi della validità del protocollo ha osservato che è stato “ prodotto un numero di risposte infrequenti molto superiore a quello osservato nella popolazione generale ($F-r=97T$; $Fp-r=67T$) e, per quanto riguarda l’ambito somatico-cognitivo, si segnala un numero di sintomi molto più ampio della media ($Fs=96T$, $FBS=105T$; $RBS= 87T$)” . Il perito ha quindi concluso in modo motivato e condivisibile che “ gli elementi che emergono dai test sopra descritti, unitamente al colloquio psicologico portano ad ipotizzare che il grado di malessere riportato dal periziando (...) sia egosintonico ma percepito e vissuto in modo

amplificato dal soggetto, tendente a svalutarsi e a sovrastimare negativamente la propria condizione fisica e psicopatologica ” (doc. 168 incarto AI, pag. 693). Nemmeno può essere accolta la contestazione del ricorrente secondo cui le conclusioni del perito scaturiscono da una sua convinzione ab initio del fatto che egli, nel farsi riconoscere come “malato”, sia alla ricerca di vantaggi ed in particolare cerchi di evitare conseguenze negative sul piano sociale. Come pertinentemente rilevato dal perito, proprio il dr. med. _____ già nel 2020 aveva rilevato che l’assicurato non volesse aprire un caso di malattia poiché “ finirebbe a carico dell’Assistenza e questo a lungo andare creerebbe il pericolo di espulsione dalla Svizzera ”. Lo stesso dr. med. _____ nella perizia ha osservato che “ questi problemi sociali rappresentano la maggiore preoccupazione dell’assicurato ancora attualmente e sono emersi durante l’esplorazione peritale ”, rilevando di aver evidenziato una focalizzazione oggettiva sulle grosse preoccupazioni sociali. Ha inoltre osservato come nel rapporto di dimissione dalla clinica di _____ il dr. med. _____ avesse evidenziato che il paziente apparisse più interessato alla decisione dell’AI, che ad una vera guarigione. Egli ha pertanto interpretato le incongruenze emerse in sede di colloquio alla luce di tale forte disagio sociale, il quale ha rilevato generare una grande e autentica preoccupazione nel periziando e nei suoi famigliari. Quindi, sostenendo come non si possa parlare di simulazione deliberata quanto piuttosto di un’amplificazione di alcuni sintomi realmente presenti, il perito ha valutato che l’assicurato, pur presentato una tendenza alla somatizzazione del disagio psicosociale, ne amplifica la portata nella speranza di ottenere dei vantaggi secondari. Quanto alla perizia psichiatrica 7 settembre 2023 dell’IPPT va rilevato come, contrariamente a quella del dr. med. Bonzano, la stessa non sia stata allestita secondo i criteri posti recentemente dalla giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.6.). Come pertinentemente evidenziato dal medico SMR, non si evince inoltre quale parte sia stata redatta dal dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, e cosa invece sia stato elaborato dalla psicologa _____ rispettivamente dalla psicologa in praticantato clinico _____, né chi abbia effettuato le visite. Inoltre, sebbene sia stato indicato nello scritto 8 novembre 2023 che gli atti consultati per l’allestimento della perizia “ riguardano gli incarti del dossier del signor RI 1 forniti dal suo legale ”, da nessuna parte viene indicato con precisione quali atti medici sono stati effettivamente presi in considerazione. Oltre a ciò tale elaborato è stato oggetto di un’approfondita presa di posizione da parte del perito il quale, evidenziandone le incongruenze, ha spiegato nel dettaglio i motivi per cui lo stesso non fosse atto a mettere in dubbio la sua valutazione. Il medico SMR, anch’esso specialista in psichiatria e psicoterapia, ha confermato la presa di posizione del dr. med. _____ evidenziando come la perizia dell’_____ si presentasse come un amalgama di valutazioni psichiatriche e psicodiagnostiche e non rispettasse alle linee guida della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia, confermando pertanto la sua valutazione. L’ulteriore presa di posizione del dr. med. _____ e della psicologa _____ 8 novembre 2023 è inoltre stata sottoposta al medico SMR il quale ha ritenuto che, in assenza fatti nuovi, la valutazione peritale dovesse essere confermata. Giova del resto evidenziare che, come visto, nella perizia il dr. med. _____ ha motivatamente confutato, sulla base di osservazioni oggettive, la presenza di una depressione. Occorre pertanto prestare adesione alle motivate e condivisibili conclusioni del perito confermate dal medico SMR, ritenuto come dal referto dell’_____, il quale propone una differente interpretazione diagnostica - già respinta dal perito - sulla base della quale conclude per un’incapacità al lavoro completa in qualsiasi attività, non emerga alcun elemento nuovo o significativo tale da far apparire incompleta o non corretta la valutazione peritale del dr. med. _____.

2.7.3. Il ricorrente ha inoltre contestato che i reperti somatici e i disturbi oggettivi della colonna cervicale e lombare, così come le diagnosi internistiche poste dalla perita dr. med. _____, FMH in medicina interna generale, siano stati considerati non avere un'incidenza sulla sua capacità lavorativa. Tali contestazioni, già proposte in sede di osservazioni, sono già state sottoposte al vaglio della perita specialista la quale, con presa di posizione 16 maggio 2023 (dc. 203 incarto AI), ha evidenziato come nemmeno i curanti avessero mai attestato un'incapacità lavorativa per le patologie di natura internistica e, ripercorsi gli esami svolti sul paziente, ha confermato la sua valutazione. A proposito dei disturbi oggettivi della colonna vertebrale ha evidenziato come gli stessi siano stati accuratamente vagliati dal perito reumatologo, rimandando a quanto dettagliatamente esposto nella sua valutazione peritale. Pertanto, occorre prestare adesione a quanto ritenuto dalla dr. ssa med. _____ e dalla dr. ssa med. _____ le quali, nella menzionata presa di posizione, in assenza di documentazione medica utile a inficiare le conclusioni della perizia hanno confermato le valutazioni degli specialisti. In sede di ricorso il ricorrente ha prodotto un referto medico del dr. med. _____ del 4 luglio 2023 (doc. B1) il quale, in seguito all'espletamento di esami biologici, indica la presenza di "ANA positivi e degli anticorpi anti-DNA positivi", mettendoli in relazione alle poliartralgie e a una lesione cutanea alla caviglia destra, ponendo la diagnosi di Lupus erimatoso sistemico, senza tuttavia indicare alcuna incapacità lavorativa. Tale nuovo referto è stato sottoposto al perito reumatologo dr. med. _____, FMH in reumatologia, il quale, con presa di posizione 4 ottobre 2023 ha indicato che, pur non potendo escludere la componente di una connettivite, le limitazioni funzionali sono determinate unicamente dai dolori risentiti dal paziente e che non vi fossero reperti clinici, anche nell'ambito di un'eventuale connettivite, tali da modificare le limitazioni funzionali e la capacità lavorativa. Malgrado la nuova diagnosi di lupus erimatoso sistemico il reumatologo ha quindi ritenuto che le sue valutazioni peritali fossero ancora valide. In assenza di indicazioni mediche di senso contrario, questo Tribunale non ha motivo per non aderire alla valutazione del perito specialista. Tutto ben considerato, rilevato in particolare come la perizia pluridisciplinare elaborata dal _____ sia stata realizzata nel rispetto dei dettami di cui all'art. 44 LPGA e goda pertanto di piena forza probatoria, questo Tribunale ritiene che dai referti medici richiamati dall'insorgente non emergano indizi concreti – dei semplici dubbi non sono sufficienti – suscettibili di metterne in dubbio l'affidabilità (cfr. STF 8C_862/2014 del 2 aprile 2015 consid. 3.2 e riferimenti ivi citati; STCA 35.2020.47 del 1. febbraio 2021, consid. 2.2.4, STCA 35.2021.57 del 20 settembre 2021, consid. 2.8 e STCA 35.2021.75 del 31 gennaio 2022, consid. 2.4.6). 2.8. Va del resto ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare - ove ciò fosse ragionevolmente esigibile - le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Così stanti le cose, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene, sia dal profilo psichiatrico che da quello somatico elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino alla resa del querelato provvedimento, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti (valutazione anticipata

delle prove, fra le tante cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti; anche DTF 135 V 465). Pertanto, visto quanto sopra, ritenuto il referto peritale pluridisciplinare 25 ottobre 2022 – il quale rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.5. e 2.6) e al quale va quindi attribuita piena forza probante – e i complementi peritali _____ del 16 maggio 2023 e 20 ottobre 2023, oltre agli affidabili pareri del medico SMR (cfr. in particolare i rapporti del 28 ottobre 2022 e 30 maggio 2023; sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. STF I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.5) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa intervenuto prima della decisione contestata del 31 maggio 2023 la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che la refertazione medica all'inserto e quella prodotta dall'assicurato in sede di ricorso non sia idonea a mettere in dubbio la correttezza delle conclusioni peritali. Sulle medesime l'amministrazione ha quindi legittimamente fondato la propria decisione di rifiuto della rendita ritenendo che l'assicurato - eccetto che per i periodi di ricovero all' _____ (dal 16 settembre 2020 al 30 settembre 2020), alla Clinica _____ (dall'8 marzo 2021 al 20 marzo 2021) e alla Clinica _____ (dal 2 luglio 2021 all'1. agosto 2021) in cui egli va considerato completamente inabile a qualsiasi attività - presenti un grado di inabilità lavorativa invariato rispetto alla precedente decisione 1. ottobre 2019, ovvero del 20% in qualsiasi attività. Le conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata vanno quindi confermate. 2.9. L'insorgente ha inoltre contestato “ a titolo abbondanziale ” la valutazione economica operata dall'Ufficio AI, in particolare “ il salario da valido (GAP salariale) e da invalido (riduzione della capacità lavorativa e deduzione sociale) ritenuti dall'amministrazione, che dovranno essere rivalutati dopo aver eseguito una nuova istruttoria dal profilo medico ”. Ora, considerata l'assenza di una modifica dello stato di salute dell'insorgente, rispettivamente della sua capacità lavorativa residua (cfr. supra consid. 2.8.), si può escludere che la sua capacità di guadagno abbia subito un aggravamento tale da giustificare l'accoglimento della nuova richiesta di prestazioni AI. Ad ogni modo, pur determinando nuovamente la capacità di guadagno – senza rimandare come fatto dall'Ufficio AI alla valutazione economica contenuta nella decisione 1. ottobre 2019 da cui non scaturiva alcuna perdita di guadagno con conseguente grado AI dello 0% – si otterrebbe per il 2021 un reddito da valido di fr. 52'949.20 (in considerazione del reddito di fr. 52'000 conseguito dall'assicurato nel 2016, il quale risulta essere il più alto conseguito in carriera, adeguato all'evoluzione dei salari fino al 2021) ed un salario da invalido, evinto dai dati statistici TA1-2020, valore mediano attività semplici di tipo fisico o manuale, riportato su una settimana lavorativa di 41.7 ore (cfr. Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica) adattato all'evoluzione dei salari fino al 2021, in considerazione di una capacità lavorativa dell'80%, di fr. 52'257.70, da cui risulta un grado AI dell'1.3% $\{[(52'949.10 - 52'257.70) / 52'949.10] \times 100\}$. L'Ufficio AI, per determinare il reddito da invalido, non ha considerato alcuna deduzione sociale (cfr. doc. A1). Al riguardo il TCA ricorda che la più recente giurisprudenza federale ha stabilito che il livello di qualifica 1 dei dati RSS comprende già tutta una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. In altre parole, possono essere considerate sotto il cappello delle limitazioni funzionali solo circostanze che in un mercato equilibrato del lavoro devono

essere considerate come eccezionali. Negli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a questo titolo neppure se la capacità lavorativa è totale in attività adeguate e non si pone dunque il problema di un'indebita doppia deduzione (sentenze 8C_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con riferimento e 8C_82/2019 del 19 settembre 2019 consid. 6.3.2; 8C_730/2019 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; 8C_765/2019 del 10 giugno 2020 consid. 5.4.4; 8C_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4; in questo senso, si veda pure BERNASCONI, "8C_9/2020 du 10 juin 2020 - Abatement sur le revenu d'invalide selon l'ATF 126 V 75", in SZS/RSAS 1/2021 n. 49; STCA 35.2021.74 del 29 novembre 2021, consid. 2.11.4). Occorre inoltre ricordare che le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido e a un conteggio doppio del medesimo aspetto: la sola circostanza che per l'assicurato siano esigibili soltanto attività leggere fino medio-complesse non giustifica anche in caso di una capacità lavorativa limitata una riduzione aggiuntiva dovuta alle limitazioni personali (sentenze 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.1 e 3.4.2 e 9C_846/2014 del 22 gennaio 2015 consid. 4.1.1 con riferimenti; STCA 35.2021.74 del 29 novembre 2021, consid. 2.11.4; STCA 35.2022.64 del 20 marzo 2023, consid. 2.4.13). Premesso quanto sopra, nel caso in esame, l'assicurato può svolgere sia l'attività svolta di pulitore di tappeti che un'attività di tipo semplice e ripetitivo senza alcuna limitazione funzionale, nella misura dell'80% (da intendersi quale riduzione del rendimento) (cfr. Rapporto finale SIP del 18 novembre 2022 di cui al doc. incarto AI 173). Ora, tenuto conto dell'esigibilità appena descritta, occorre rilevare che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività esigibili decisamente ampio (cfr. in tal senso le attività elencate a titolo esemplificativo nel succitato Rapporto finale SIP) e d'altronde egli non comprova né pretende in alcun modo che vi siano circostanze eccezionali in un mercato equilibrato del lavoro che nella fattispecie permetterebbero di affermare che subisca uno svantaggio tale da trovarsi in una situazione inferiore alla media. Pertanto, l'aumento della deduzione dal reddito da invalido, basato esclusivamente sulle limitazioni derivanti dal danno alla salute, come nel caso in esame, non può essere in concreto concesso (cfr. citate STF 8C_730/2019, 8C_765/2019 e 8C_9/2000, consid. 4). Nemmeno sono stati adottati, né del resto risultano dati, altri fattori per riconoscere una riduzione sociale. Di sicuro non lo è l'età ritenuta come al momento della decisione impugnata l'assicurato (nato il _____ 1978) aveva 44 anni, e non era quindi prossimo all'età pensionabile. Va inoltre rilevato che il fatto di avere una limitata formazione professionale non giustifica ulteriori decurtazioni, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (livello 1 attività semplici di tipo fisico o manuale; corrispondente al precedente livello di qualifica 4: attività semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata, né un grado di istruzione particolare (cfr. in questo senso DTF 137 V 71 consid. 5.3 e STF 8C_709/2008 del 3 aprile 2009 consid. 2.3 con riferimenti), ciò che corrisponde al caso in esame. Né del resto la circostanza che l'assicurato, entrato in Svizzera nel 1993, sia titolare di un permesso di domicilio C permette di riconoscere un motivo di riduzione. In merito alla questione del gap salariale, va ricordato che se un assicurato, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito da valido considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentato, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte

percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). Ora, nella decisione contestata, l'Ufficio AI ha fatto presente di non aver applicato un gap salariale ritenendo che “ la cifra di CHF 52'000.00 [reddito da valido, n.d.r.] è infatti la più alta conseguita nell'arco della carriera lavorativa dall'assicurato ”. Questo Tribunale non può condividere tale argomentazione ritenuto che il solo fatto che l'Ufficio AI abbia tenuto in considerazione, quale reddito da valido, l'importo più alto conseguito dall'assicurato in carriera, ciò ancora non vuol dire che lo stesso non possa essere considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale. Ad ogni modo, tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene che tale aspetto non debba essere approfondito oltre poiché, come si vedrà nel seguito, risultando il salario conseguito dall'insorgente (reddito da valido) - lievemente - maggiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale, non vi è possibilità di applicare una riduzione per gap salariale. In concreto il calcolo del gap salariale si presenta nei seguenti termini. Secondo la tabella TA1-2020, settore economico 96 “ Altre attività di servizi personali ” (il quale include “ Lavanderia e pulitura (a secco) di articoli tessili e pellicce ”, cfr. note esplicative NOGA 08, p. 237 n. 9601; cfr. anche STCA 32.2017.1999 del 24 settembre 2018, consid. 2.7.2), livello di competenze 1, il reddito mediamente conseguito in Svizzera da un uomo è di fr. 4'218. Riportando questo reddito su 41.9 ore in base alla relativa tabella pubblicata sul sito dell'UFS (Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana), categoria 94-96, esso si attesta a fr. 4'407.80/mese ovvero a fr. 52'893.70/anno. Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali riferito al settore 90-96, si ottiene per il 2021 un reddito annuo di fr. 51'512.55. Posto che, qualora non fosse insorto il danno alla salute, continuando a lavorare alle dipendenze della _____, l'assicurato avrebbe realizzato nel 2021 un reddito di fr. 52'949.20 (cfr. supra consid. 2.9), egli avrebbe conseguito un reddito superiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale. In queste circostanze, visto quanto sopra, rettamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni. 2.10. In ragione di quanto precede, la decisione impugnata merita conferma mentre il ricorso va respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico del ricorrente.

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