

TI_GERICHTE 32.2024.64 vom 30. Juli 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-07-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.64

FR: TI_GERICHTE 32.2024.64 du 30 juillet 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.64 del 30 luglio 2024

Regeste

Ricorso (respinto) contro decisione di soppressione della rendita corrente. Confermata la valutazione peritale attestante un miglioramento con riacquisto (parziale) della CL in att. adeguata. Confermata la valutazione economica, in particolare le conclusioni del consulente SIP

Erwägungen

E. 31

incarto AI), come ricordatogli dallo stesso perito in sede ricorsuale (IV 1, pag. 2). A titolo esemplificativo, il datore di lavoro ha indicato che l'assicurato svolgeva talvolta (" 6-33% o fino a ½ a ca. 3 h ") " piccoli lavori di economia domestica " nell'arco della giornata lavorativa. Va inoltre evidenziato che il dr. _____, a differenza del dr. _____, non è specialista in reumatologia (cfr. supra consid. 1.2.). È quindi con pertinenza che il dr. _____, prendendo posizione sul rapporto del curante, ha concluso che " nello scritto [...] del Dr. _____ non vengono fornite informazioni mediche oggettive attinenti al mio campo di specialità non già note al momento della valutazione peritale reumatologica in questione, di conseguenza non riconosco nuovi elementi somatici muscolo-scheletrici atti a modificare la mia valutazione delle risorse fisiche dell'assicurato e di conseguenza della sua capacità lavorativa. In sintesi, vi confermo le conclusioni formulate nel mio scritto peritale. " (doc. 109, pag. 364 incarto AI). I successivi certificati del curante nulla mutano, trattandosi di mere attestazioni di un'inabilità lavorativa " del 100% " quale " continuazione del certificato emesso dalla Clinica di Riabilitazione [_____, n.d.r.] (I, allegati C 1-12). Visto quanto precede, le conclusioni del dr. _____ vanno integralmente confermate.

2.6.3. L'insorgente contesta la valutazione del perito psichiatra, ritenendo inconciliabile la valutazione peritale del dr. _____ con i limiti funzionali rilevati dal dr. _____ (cfr. infra consid. 2.6.3.1.). Egli si prevale dei rapporti del 10 aprile 2024 (doc. 100, pagg. 327) e dell'11 settembre 2024 (I, allegato D) del dr. _____ (cfr. infra consid. 2.6.3.2.).

2.6.3.1. Per quanto riguarda l'asserita inconciliabilità dei limiti funzionali rilevati dal perito reumatologo (cfr. supra consid. 2.6.2.) con la capacità lavorativa del 90% in attività adeguata accertata dal perito psichiatra (cfr. doc. 75, pag. 218 e seg. incarto AI), il TCA rileva quanto segue. Dal rapporto peritale si evince che, dopo aver valutato l'assicurato nelle rispettive discipline i periti hanno considerato le diagnosi formulate, i limiti funzionali rilevati e le incapacità lavorative accertate nei rispettivi ambiti e – dopo un'esauriente discussione avvenuta il 5 dicembre 2023 – hanno concluso che in un'attività adeguata ai limiti funzionali l'assicurato è abile al lavoro al 90% (riduzione del rendimento del 10% a causa della patologia psichiatrica) dal 9 gennaio 2023 (conclusioni fatte proprie anche dal medico SMR). Il fatto che il (rappresentante del) ricorrente ritenga inconciliabili i limiti funzionali rilevati dal dr. _____ con la capacità lavorativa in attività adeguata

accertata dal dr. _____ è irrilevante. Trattasi infatti di due discipline mediche ben distinte: la reumatologia trattando le condizioni morbose che interessano l'apparato muscolo-scheletrico e i tessuti connettivi dell'organismo, mentre la psichiatria si occupa della salute mentale dell'individuo. Detto altrimenti, dei limiti funzionali (anche importanti) rilevati in una disciplina, non si ripercuotono automaticamente in un'altra. Determinare se ciò è il caso o anche se le incapacità lavorative accertate nei diversi ambiti vadano sommate o integrate è prerogativa medica, non giuridica. Peraltro, in casu lo stesso dr. _____ ha accertato come nonostante non sia più esigibile la ripresa dell'attività abituale, l'assicurato, sotto il profilo strettamente reumatologico, è abile al lavoro in misura completa in attività adeguata. È quindi a ragione che il perito psichiatra, prendendo posizione sulla medesima censura sollevata in sede amministrativa, ha asserito che " Non ci sono divergenze di opinione tra i due periti poiché gli ambiti di competenza, tra reumatologo e psichiatra, sono distinti. Essi sono stati adeguatamente integrati nella valutazione di consenso, dove i limiti delle singole specialità sono stati riconosciuti e armonizzati tra le due distinte discipline. " (doc. 109, pag. 371 incarto AI). Posizione che il dr. _____ ha ribadito in questa sede, comunicando di aver "[...] fondato il proprio giudizio funzionale sulla base delle risorse psichiche e [di non aver, n.d.r.] sovrapposto la propria conclusione a quella del reumatologo. I giudizi dei due periti che hanno preso parte alla valutazione pluridisciplinare [recte: bidisciplinare] sono stati poi adeguatamente integrati e non si è esclusa nessuna quota di incapacità lavorativa [...]" (IV 2, pag. 4).

2.6.3.2. L'insorgente contesta la valutazione del dr. _____ prevalendosi dei rapporti del dr. _____. Il rapporto peritale del dr. _____ presenta il seguente tenore (doc. 75, pagg. 223-241 incarto AI, sottolineature del redattore): " [...] in primo piano si evidenzia l'atteggiamento teatrale e drammatizzato [...]. Le lamentele soggettive paiono stereotipate e non suscitano un coinvolgimento emotivo nell'interlocutore. [...] colpisce la sproporzione enorme [...] tra le conseguenze oggettive dell'infortunio e lo sviluppo psicosomatico successivo, con dei livelli di sofferenza dichiarati estremi e insormontabili. [...] Inoltre, [...] l'assicurato non presenta degli antecedenti psichiatrici. La condizione depressiva maggiore [diagnosi formulata dal curante psichiatra e non condivisa dal perito, n.d.r.], [...] non è in realtà osservabile [...]. Il periziando [...] non assume neppure adeguatamente gli antidepressivi, come è emerso dagli esami di laboratorio. L'assicurato conduce una vita abbastanza strutturata e ha delle caratteristiche che non corrispondono a un depresso melanconico. Egli tiene molto alla propria igiene, conduce una giornata comunque organizzata, è autonomo negli spostamenti (ha raggiunto lo studio con i mezzi pubblici, è rientrato a casa, il pomeriggio ha raggiunto da solo il laboratorio dove è giunto puntualmente). [...] riconduce i suoi limiti ai dolori e non tanto alla depressione. Le difficoltà di memoria vengono in realtà riferite già nel passato, quando la [asserita, n.d.r.] depressione non era presente. Un simile sviluppo depressivo si potrebbe ipotizzare se l'assicurato avesse già sofferto di depressione maggiore severa prima dell'infortunio. Tuttavia l'anamnesi [...] e la perfetta funzionalità lavorativa precedente, consentono di escludere [...] l'ipotesi di una depressione precedente. [...] ha inoltre rinunciato al ricovero in psichiatria proposto dallo psichiatra curante [...]. Tale comportamento è molto anomalo nei pazienti depressi, i quali sono ben disposti ad accogliere le proposte terapeutiche che possono alleviare la [...] sofferenza. Tale comportamento è ancora più strano nel periziando, il quale da una parte sostiene di sentirsi un peso per la propria famiglia ma, dall'altra parte, al momento di prendere in mano la situazione, non vuole assolutamente allontanarsi da casa per tentare una cura ospedaliera più incisiva. Nel dialogo con l'assicurato si percepisce chiaramente e in maniera

preponderante un tratto rivendicativo marcato , con una pressante e ridondante convinzione di essere vittima di diverse ingiustizie . La questione dei riferiti individui che lo seguirebbero per fargli del male è stata riferita soltanto al secondo colloquio, con una modalità abbastanza teatrale. Tale sintomo risulta difficile da inquadrare, anche perché è di natura alquanto differente rispetto alle diagnosi poste dai curanti, si presenta isolato e per giunta incongruente rispetto al tema somatoforme-depressivo che viene riferito predominante. Considerate le molteplici incongruenze sopra elencate e l'attitudine rivendicativa marcata e ripetuta, con verosimiglianza preponderante l'atteggiamento rassegnato e apparentemente disperato [...] risponde a dei bisogni di riconoscimento sociali e non configura una malattia mentale in senso stretto .”

4.1 Osservazioni sul comportamento e sull'aspetto esteriore L'assicurato giunge puntuale a entrambi i colloqui . Mezz'ora prima del primo incontro il perito, uscito a prendere la posta, aveva già visto il periziando che si aggirava attorno allo studio medico per localizzarlo, in modo da essere sicuro di poter tonare “a colpo sicuro” poco più tardi. Il comportamento è teatrale, le frasi e i modi sono drammatizzati, enfatizzati i toni e le espressioni . [...] 4.3 Reperti dell'esame Status AMDP

Aspetto generale e mimica: curato nell'igiene e nell'abbigliamento. Età apparente in linea con quella anagrafica, mimica iperespressiva , teatrale nei comportamenti . [...] Attenzione e memoria: disturbo selettivo dell'apprendimento anamnestic (dislessia), riferito e antecedente all'infortunio. [...] Affettività: sentimento di perdita della vitalità, irritabilità riferita, lamentosità (tendenza ad autocompiangersi), rigidità affettiva. Carica vitale e psicomotricità: teatralità marcata . [...] Altri disturbi psichici: sospettosità, diffidenza, rifiuto delle cure stazionarie, rabbia contro il datore di lavoro e le assicurazioni. [...] Altri sintomi somatici: cefalea/peso alla testa riferiti, lombalgie e algie diffuse. Esami complementari - Test Il perito ha provato a somministrare il test SIMS , ma l'assicurato non si è detto capace di leggere il questionario [...]. Il perito ha quindi fatto un tentativo ulteriore, leggendo personalmente le domande [...], ma già dopo il secondo quesito l'assicurato ha rinunciato , dicendo che “ queste sono domande forti ” [...]. Egli ha preso le distanze, si è alzato dalla sedia e, sempre in modalità molto teatrale, ha manifestato un'apparente crisi emotiva di pianto. - Dosaggio dei livelli dei farmaci psichiatrici nel siero Il dosaggio effettuato denota una scarsissima compliance terapeutica . In particolare, la Duxoletina (Cymbalta), farmaco antidepressivo essenziale, è praticamente assente , [...]. Questo dato contraddice palesemente quanto l'assicurato ha dichiarato in sede del primo colloquio peritale e solleva dei dubbi non trascurabili sulla buona fede di questo individuo nel momento in cui descrive dei sintomi invalidanti . Tale osservazione, unita alle molteplici incoerenze elencate [...], depone per una ricerca volontaria e cosciente di vantaggi secondari [...]. In occasione della seconda visita l'assicurato ha peraltro dichiarato di essersi confrontato con la sua compagna circa il dosaggio dei medicinali richiesto dal perito. La donna gli avrebbe spiegato che si trattava di un esame del sangue avente lo scopo di verificare l'assunzione delle medicine. A questo punto, solo alla seconda visita l'assicurato dice di avere dei problemi di alito cattivo, per i quali il medico generico gli aveva prescritto dell'olio di menta (Colpermin). Per questo motivo egli dichiara (ma solo dopo il dosaggio) che aveva sospeso i farmaci psichiatrici 4-5 giorni prima del prelievo di laboratorio. Ciononostante, li problema dell'alitosi non si sarebbe risolto.” Il dr. _____ ha formulato la diagnosi di “ F45.4 Sindrome somatoforme da dolore persistente ”, escludendo una depressione maggiore: “ l'atteggiamento assunto dal periziando [...] non corrisponde a una depressione, ma all'assunzione del ruolo di malato, nella ricerca di soddisfare degli eventuali bisogni sul piano sociale. Non si trova quindi una

malattia mentale in senso stretto, la quale possa impedire un adattamento a eventuali dolori residui e il superamento dei limiti somatici, in un soggetto che è ancora giovane e che non ha subito dei danni organici rilevanti a seguito dell'infortunio. " (doc. 75, pag. 236 incarto AI). Sulla base dei risultati del test MINI-ICF, il perito psichiatra ha giustificato una riduzione di rendimento al massimo del 10% in ogni attività (doc. 75, pag. 239 incarto AI). Il ricorrente si prevale del rapporto del dr. _____ del 10 aprile 2024 dal seguente tenore (doc. 100 incarto AI, sottolineature del redattore): " [...] da ottobre 2023, con l'approssimarsi degli incontri [...] di valutazione peritale [...] il paziente ha ricominciato a manifestare pensieri e vissuti a carattere persecutorio [...] che si sono progressivamente intensificati nei mesi successivi [...]. [...] nel corso di questi quasi due anni di trattamento il paziente aveva già evidenziato aspetti complessi di personalità che non ho potuto approfondire nel corso della terapia per un suo atteggiamento spiccatamente difensivo, da me rispettato [...]. Ho però più volte avuto il sospetto che [...] avrebbe potuto esprimere vissuti di diffidenza, di allerta e di minaccia per sé che, qualora lo stress si fosse protratto, avrebbero corso il rischio di evolvere in vere e proprie reazioni paranoide . Il paziente riferisce ora [...] di essere seguito e controllato da persone [...] legate [...] ad eventi della sua quotidianità. Sente rumori in casa e pensa che qualcuno si sia introdotto [...]. Si sente osservato e minacciato. [...] ricorda soltanto che gli era già capitato di vivere esperienze simili [...] in _____, ritenendo di essere visto con sospetto dalle autorità del luogo. [...] secondo il suo racconto, oggi i suoi persecutori potrebbero essere operatori della AI [...]. [...] è suggestiva la concomitanza del manifestarsi di questa sintomatologia e del suo progressivo incremento con gli incontri di valutazione peritale [...]. [...] è significativamente aumentato il suo disagio con aspetti di ansia, di preoccupazione, di irritabilità e di logoramento [...]. In qualche circostanza [...] ha espresso desideri di morte [...] ma [...] ha prevalso la volontà di non arrecare ulteriore disagio ai suoi familiari. Questi aspetti sintomatologici sono emersi anche nel corso delle valutazioni peritali. [...] il [...] Dott. _____ li ha valutati come fenomeni isolati, non chiari da inquadrare, e soprattutto di tipo teatrale, volti [...] ad impressionare l'interlocutore. L'evoluzione successiva di questa sintomatologia ha però assunto caratteristiche diverse, pervasive e di continuità, impattando significativamente sullo stato psichico [...] e sulla presunta capacità lavorativa [...]. Dal profilo diagnostico , il quadro clinico sopraccitato è riferibile [...] ad una reazione paranoide (ICD 10 F23.3 [...]) [...]. Si tratta di una condizione di aggravamento clinico del caso, non riportata nel mio precedente rapporto , in quanto correlata ad una dimensione psicopatologica latente e inespressa al momento della sua stesura. Ad oggi l'ideazione paranoide non si è molto modificata. [...] Contestazioni relative al rapporto peritale psichiatrico [...] [...] non posso che confermare da quasi due anni l'esistenza di uno stato depressivo [...] di media gravità (ICD 10 F32.1) e in fase di cronicizzazione . I sintomi che lo caratterizzano sono una flessione del tono dell'umore, perdita di interesse e della capacità di provare piacere, un'apprezzabile astenia con rapida esauribilità psicofisica, pronunciata labilità emotiva associata a disforia e forte irritabilità, marcato deficit attentivo e di concentrazione con limitazioni significative della memoria recente, disturbi del sonno sia nell'addormentamento che nel mantenimento, pensiero rimuginante persistente con contenuti di fallimento, di vergogna e di inguaribilità. Sono presenti anche ricorrenti idee di morte senza una progettazione suicidaria vera e propria. Questo quadro clinico [...] è stato osservato [...] anche dalla collega che mi inviò il paziente nel maggio 2022, Dottoressa _____ [...] e dal medico curante Dr. _____ [...]. Il disturbo depressivo appena descritto è associato attualmente ad altre

due condizioni patologiche [...] È presente un marcato disturbo somatoforme da dolore persistente che scaturisce da una sindrome algica lombare irriducibile e resistente alla terapia antalgica [...]. di recente si è aggiunta una [...] forma di disturbo psicotico ad espressione paranoide [...]. Il profilo di un soggetto simulatore, nell'ipotesi meno giudicante, di malato immaginario, esasperatamente rivendicativo, alla ricerca unicamente di un presunto riconoscimento economico e sociale, non corrisponde al paziente che ho curato e che sto continuando a curare. [...] Relativamente alle incoerenze circa il disturbo depressivo ravvisate dal collega Dr. _____ [...], [...] il paziente non è un depresso melanconico [...]. La nosografia comunemente utilizzata attribuisce questa condizione ad uno stato depressivo grave con aspetti psicotici congrui all'umore (delirio di rovina, di colpa). Il paziente ha invece un disturbo depressivo di gravità media, con caratteristiche cliniche meno compromesse. Il disturbo depressivo da me diagnosticato si sviluppa verosimilmente da un'iniziale condizione reattiva, disadattativa di tipo ansioso depressivo, in seguito all'infortunio e alla sindrome dolorosa [...]. Si aggrava progressivamente [...] fino ad acquisire le caratteristiche di un disturbo depressivo maggiore, non più reattivo. Non è richiesto un antecedente episodio depressivo maggiore per validare questa diagnosi. [...] Una gravità media della condizione depressiva non priva il paziente della capacità di mantenere un'igiene corretta [...], così come di spostarsi autonomamente quando necessario. Non comprendo invece il senso di giornata ben strutturata [...] descritta dal perito. Di fatto il paziente esce di casa quando è strettamente necessario, se ci riesce. A parte brevi passeggiate, sempre se i dolori lo consentono, il resto del tempo il paziente lo trascorre a casa [...]. I disturbi del sonno per lungo tempo sono stati ben presenti [...]. L'uso della terapia (quando assunta) li ha attenuati, ma siamo ben lontani [...] dall'aver risolto il problema. Il fatto che il paziente avesse già problemi di attenzione e di concentrazione in passato [...] non contraddice il fatto che in questi due ultimi anni gli stessi sintomi si siano notevolmente aggravati. [...] Il non coinvolgimento emotivo del perito, confrontato con l'atteggiamento "drammatizzante" e "teatrale" del paziente [...] sembrerebbe essere più un problema empatico del collega [...]. In realtà il paziente ha un'attitudine di amplificazione dei sintomi che deriva dalla sua condizione dolorosa cronica e che ha finito per pervadere tutto il suo vissuto affettivo. [...] Non è comunque un comportamento finalizzato ad impressionare o a manipolare l'interlocutore e, in tal senso, non contraddice la presenza di un disturbo depressivo. L'atteggiamento "esasperatamente rivendicativo" del paziente va contestualizzato. È riduttivo considerarlo solo in funzione di ottenere dei presunti vantaggi in sede di valutazione peritale. [...] Anche questo atteggiamento non è tanto volto ad impressionare l'interlocutore, come interpretato dal perito, ma espressione di un vissuto più complesso e profondo e, ancora una volta, non contraddice una condizione depressiva. La "sproporzione enorme [...] fra l'oggettività nell'infortunio e sviluppo psicosomatico successivo" è parte integrante del disturbo somatoforme e di un costrutto di catastrofizzazione del dolore derivante da una sindrome algica cronica. [...] Il rifiuto dell'ospedalizzazione in ambito psichiatrico e l'assunzione discontinua delle terapie vanno considerate in un contesto più ampio. [...] l'aver evidenziato che il soggetto non assume in questo periodo correttamente i farmaci, non vuole dire che l'abbia sempre fatto necessariamente per tutto il tempo [...]. Il paziente nega fermamente questo aspetto ed è [...] credibile. Gli aspetti di discontinuità nell'assunzione della terapia non mi sorprendono, perché il paziente è spesso confrontato con la sua paura di ammettere e riconoscere un psichico. C'è il terrore di non più controllare un'altra condizione della propria vita, oltre al dolore. C'è probabilmente il confronto con le

patologie psichiatriche familiari [...]. C'è la diffidenza nei confronti dei farmaci e in generale verso tutto ciò che non può controllare direttamente. [...] questi aspetti [...] non contraddicono necessariamente una condizione depressiva [...]. In relazione al disturbo somatoforme da dolore persistente [...] [...] il Dr. _____ ha riconosciuto [...] una sindrome panvertebrale [...]. Questa patologia è stata riconosciuta come invalidante [...] dal momento dell'infortunio [...] ad oggi, con prospettive di lunga durata in relazione all'abituale attività [...]. [...] dal 9 gennaio 2023 [...] viene riconosciuto, sempre dal punto di vista reumatologico, un miglioramento [...] che comporta un recupero della capacità lavorativa in attività adeguata al 100%. Questa sindrome dolorosa cronica promuove e mantiene dal profilo psichiatrico una sindrome somatoforme da dolore persistente che, secondo la valutazione peritale psichiatrica del Dr. _____, sosterebbe unicamente un'incapacità lavorativa del 10% nell'attività abituale di assistente di cura, [...] per cui non si entra nemmeno nel merito di definire una capacità lavorativa in relazione ad un'attività adeguata. Sorprende la disparità di giudizio di queste due valutazioni, perché [...] le due condizioni patologiche sono strettamente correlate. Non si riesce a comprendere come [...] venga ritenuto invalido definitivamente dal profilo reumatologico per la sindrome dolorosa cronica nel suo abituale lavoro e nel contempo le conseguenze psichiche di tale patologia siano ritenute talmente irrilevanti, da comportare [...] un rendimento diminuito del 10%. È evidente che il Dr. _____ trascuri e sottovaluti ampiamente la ricaduta psichica e affettiva che comporta una grave sindrome dolorosa e resistente ai vari trattamenti [...]. La discrepanza fra quanto obiettivamente del danno organico e la gravità della sindrome algica e del disturbo psichico [...] è un aspetto noto [...]. Non ci troviamo [...] di fronte ad un soggetto che drammatizza e recita la parte del malato per ottenere presunti vantaggi secondari, ma ci confrontiamo con un paziente che esprime il proprio genuino disagio attraverso le dinamiche sopra riportate. Questa condizione è stata colta praticamente da tutti i colleghi "somatici" [curanti, n.d.r.] intervenuti sul caso [...] e nessuno [...] ha avanzato l'ipotesi di simulazione, né ha pensato di trovarsi di fronte ad un malato immaginario. Anzi [...]. [...] è stato somministrato [...] all'inizio di questo trattamento un test noto come PAIN CATASTROPHIZING SCALE [...]. Il paziente ottiene un punteggio di 36/52, dove > di 30 risulta significativamente patologico. [...] Lo stato di salute del paziente viene segnalato nel complesso come compromesso da questa condizione [...], a circa due anni dall'infortunio. [...] Dal profilo psichiatrico, posso attestare [...] una incapacità lavorativa totale [...] dal 17.5.2022 [...] presente tutt'ora [...]. Riguarda sia l'abituale attività [...] che qualsiasi altra attività ragionevolmente esigibile. [...]". Con scritto del 20 aprile 2024 il perito psichiatra si è così determinato sul rapporto del dr. _____ (doc. 109, pagg. 366-372 incarto AI, sottolineature del redattore): "[...] La frequenza delle sedute [...] (un incontro ogni due, oppure addirittura ogni tre settimane) è incoerente, se viene paragonata con la presunta gravità delle ben tre diagnosi psichiatriche [formulate dal curante, n.d.r.] stratificate, in una condizione psicopatologica che si vorrebbe dichiarare straordinariamente complessa e addirittura al di fuori degli schemi ordinari di apprezzamento clinico. Non risultano ancora [...] cure stazionarie in clinica psichiatrica [...] nonostante l'ipotetico aggravamento dei sintomi psicotici che vengono descritti, i quali metterebbero in allarme la famiglia e sarebbero pure accompagnati da idee di morte. [...] non risulta neppure una presa a carico infermieristica psichiatrica al domicilio, che sia intensa e continuativa, con lo scopo di monitorare da vicino un caso di tale gravità e di attivare le risorse. La gravità viene fatta valere solo nei confronti dell'Assicurazione invalidità con lo scopo di ottenere il riconoscimento della rendita. La connessione tra i sintomi psicotici, l'evento della perizia

medica e i presunti persecutori [...] è molto atipica, anche perché il periziando non aveva esposto in questi termini i presunti sintomi psicotici con il perito. [...] aveva piuttosto detto [...] che persone non meglio specificate lo stessero seguendo per delle questioni legate alla sua etnia e alle origini del padre, ma non si sarebbe trattato di funzionari dell'AI e tantomeno di un controllo da parte loro. Il rapido polimorfismo di questo presunto delirio è alquanto atipico. I presunti sintomi psicotici erano comunque già presenti e sono stati valutati [...], per cui non rappresentano un aggravamento successivo alla perizia [...]. La contestazione del curante circa la depressione riporta poi delle argomentazioni generiche e non sufficientemente critiche. A livello diagnostico, si parla di "complessità" a livello della personalità, senza chiarire se si ipotizzi anche un disturbo della personalità (quarta diagnosi?), depressione di media gravità e cronica, disturbo somatoforme e infine di sindrome psicotica. I casi nei quali i pazienti riportano dei sintomi che afferiscono a diverse categorie diagnostiche, andando dalla "complessità" personologica, alle sindromi somatoformi, per passare ai sintomi depressivi solo di media gravità, ma con associati dei deliri psicotici, i quali peraltro non sono nemmeno congrui con l'umore, sono di per sé suggestivi di aspetti di amplificazione, che devono venire criticamente analizzati. Infatti, normalmente i pazienti genuini riportano pochi sintomi specifici, coerenti e invalidanti; le loro manifestazioni non si estendono in maniera così massiccia e svincolata, ricadendo nei vari ambiti della psicopatologia generale. Gli elementi anamnestici [...] erano noti al perito, che li ha considerati, così come le patologie psichiatriche dei famigliari [...]. Essi non hanno avuto un impatto sulla continuità lavorativa precedente e un'eventuale correlazione con la condizione attuale dovrebbe essere ben chiarita nella genesi della patologia; [...] un nesso di causa non può essere solo accennato in termini generici e puramente ipotetici. [...] resta il fatto che essere riconosciuto come invalido avrebbe [...] vantaggi per il soggetto, in primis a livello economico [...]. Il fatto che il periziando non volesse fare una domanda di invalidità sarebbe semmai tutto da dimostrare, in una persona che ho visto molto rivendicativa, molto attenta a convincere l'interlocutore, parecchio focalizzata a essere riconosciuta dall'assicurazione. Il senso di responsabilità verso le figlie e il desiderio di assecondare le preoccupazioni economiche della moglie, è ancora in contraddizione con una presunta sindrome psicotica delirante e, semmai, depone invece verso una buona aderenza all'esame di realtà e ai vantaggi tangibili che il proprio agire può apportare alla famiglia. Il curante tende inoltre a giustificare molto il suo paziente. La depressione secondo lui è presente, contribuisce all'incapacità lavorativa, ma non è così grave da impattare sull'igiene e la cura della persona, alla quale l'assicurato specifica di tenere molto. Il periziando si dice depresso, ma poi non prende i farmaci antidepressivi e viene facilmente giustificato. Stando al dosaggio ematico [...], la presunta diffidenza [...] rispetto ai farmaci non esiste quando si tratta di prendere [...] tranquillanti [...], ma ci sarebbe [...] selettivamente solo per gli antidepressivi. La depressione e i deliri non impattano sulla possibilità di uscire e spostarsi in autonomia, neanche di sostenere il colloquio peritale adeguatamente, senza dei segni di compromissione oggettiva. I sintomi psicotici sono dichiarati in aggravamento, ma la presa a carico non è particolarmente intensa rispetto al passato. [...] il curante sostiene che il [...] paziente vada in giro con [...] block notes sui quali prendere appunti per non dimenticare le cose, ma [...] non si è presentato dal perito con [...] block notes con annotate sopra le informazioni più importanti da non dimenticare e ha saputo comunque riferire tutto adeguatamente e puntualmente. Il [...] curante ammette [...] che vi sia un'amplificazione dei sintomi. Proprio questa amplificazione [...], contraddice la narrazione [...] di un assicurato che non cercherebbe

alcun riconoscimento in ambito AI [...]. [...] il [...] curante riconosce infine anche l'atteggiamento esasperatamente rivendicativo [...], dicendo però che esso va contestualizzato. Anche questa ammissione depone per la correttezza dell'osservazione del perito e non per un soggetto che preferirebbe togliersi la vita piuttosto che chiedere l'invalidità, come invece sostiene [...] il curante. Il curante riconosce anche la sproporzione enorme tra l'infortunio [...] e lo sviluppo psicosomatico [...]. Egli lo interpreta però come una normale conseguenza del disturbo somatoforme, come espressione del bisogno del periziando di contestare un "destino avverso". Scendendo con i piedi per terra, la sensazione reale che si ottiene è quella che il periziando contesti semplicemente le decisioni assicurative. Rispetto ai farmaci e all'ospedalizzazione, la solida alleanza del curante con il paziente è ancora più evidente. Egli lo giustifica sotto ogni punto di vista, c'è sempre una buona ragione per scusarlo. Ma resta il fatto incontestabile che, in sede peritale, il periziando ha prima detto di assumere tutti i medicinali, ma poi le prove hanno dimostrato che non stava dicendo il vero. [...] Il pretesto per la mancata assunzione dell'antidepressivo è molto suggestivo; il periziando [...] non ha espresso [...] paura nei confronti degli psicofarmaci o di ciò che egli non può controllare. Neppure ha manifestato il timore di essere affetto da disturbi analoghi a quelli dei suoi famigliari, come invece ipotizza il curante. Inoltre, la scusa portata dall'assicurato al secondo colloquio e la lucidità del confronto che egli ha avuto con la sua compagna [in relazione al test ematico che avrebbe rivelato la mancata compliance farmaceutica, n.d.r.], sono molto interessanti. Essi denotano un'ottima lucidità mentale, una valida aderenza al piano di realtà, un'elevata attenzione all'ottenimento del risultato di essere riconosciuto dal perito come ammalato e anche come individuo in buona fede. Tutto questo non è coerente, rispetto a un paziente che dovrebbe essere immerso in sintomi psicotici deliranti e significativamente depresso, con deficit cognitivi secondari alla depressione. Tra l'altro, [...] il periziando si è ben ricordato di far valere tempestivamente la sua giustificazione alle risposte false che aveva inizialmente dato sui farmaci, ancora senza l'ausilio di alcun block notes [...]. Non si comprende perché il collega [...] sia [...] così convinto che nei due anni precedenti l'assicurato, senza mentire anche a lui, abbia assunto la terapia e abbia avuto soltanto una transitoria "discontinuità". La critica rispetto al mancato confronto telefonico tra perito e curante, dovrebbe quindi trovare sufficienti motivi in tutte le osservazioni che ho fatto in precedenza. [...] Lo scrivente è sicuro della valutazione che ha effettuato; non c'erano delle zone d'ombra che dovevano ancora essere chiarite [...]. In merito ai dolori [...], il [perito, n.d.r.] reumatologo si è espresso sulla base dei limiti somatici che [...] ha potuto appurare ed [...] ammettere secondo la sua disciplina, senza che vi fosse alcuna interferenza da parte dello psichiatra rispetto a tale giudizio. Il perito psichiatra ha espresso parallelamente una valutazione soltanto sulla parte di sintomi psicologici che non sono giustificabili a livello fisico e che sono [...] ampiamente superabili, proprio alla luce delle incoerenze segnalate, le quali impongono di ridimensionare la gravità delle lamentele non obiettabili. Non ci sono delle divergenze di opinione tra i due periti, poiché gli ambiti di competenza [...] sono distinti. Essi sono stati integrati nella valutazione di consenso, dove i limiti delle singole specialità sono stati riconosciuti e armonizzati tra le due distinte discipline. Segnalo [...] che il test per il disturbo somatoforme somministrato dal collega Armiraglio [...] si basa solo su quanto viene soggettivamente riferito dall'individuo, in un setting di solida alleanza tra medico e paziente. Il test [...] non ha alcuna utilità per discriminare se i punteggi elevati dipendano: da una simulazione, oppure dall'amplificazione volontaria dei sintomi, oppure da una forma di amplificazione involontaria, oppure da una modalità

genuina di risposta. [...] il sottoscritto non reputa che le risposte fornite al test fatto dal curante siano genuine. Sorprende persino che il periziando sia riuscito a fare un test insieme con il suo curante, mentre si sia rifiutato [...] di provare anche soltanto a rispondere al test proposto dal perito. Ponderati tutti i fattori, il perito non trova delle valide e convincenti ragioni per discostarsi dalle conclusioni peritali [...]. Con il ricorso l'insorgente ha prodotto il rapporto dell'11 settembre 2024 del dr. _____ (I, allegato D, sottolineature del redattore): "[...] Dal 10.04.2024 [...] le condizioni psichiche del paziente [...] sono rimaste invariate [...]. Il trattamento psichiatrico ambulatoriale [...] è tuttora in corso [...] con sedute ogni 2-3 settimane [...]. [...] Il Dr. _____ considera incongruo l'assetto terapeutico attuale [...], sostenendo che la gravità dei disturbi [...] da me descritta [...] necessiterebbe di sedute più ravvicinate [...], di un intervento infermieristico specializzato domiciliare e probabilmente anche di un ricovero in ambito psichiatrico. [...] se fossimo confrontati con una depressione scompensata o melanconica, se la condizione delirante fosse florida e persistente con agiti incontrollati correlati ai contenuti deliranti, oppure se la sindrome somatoforme da dolore persistente comportasse reiterati interventi o accertamenti [...] e il paziente fosse stabilmente allettato a casa, mi troverei d'accordo [...]. Ma i disturbi da me riportati non hanno mai avuto questa urgenza e questa gravità. Grazie al trattamento mirato in corso, si è riusciti gradualmente a gestire meglio il disagio del paziente [...]. Ritengo che l'attuale assetto di cura sia del tutto coerente con il quadro clinico. Per il Dr. _____ la complessità clinica da me evidenziata [...] è "di per sé suggestiva di aspetti di amplificazione (manipolatori? rivendicativi?) che devono essere criticamente evidenziati". La complessità clinica osservata è invece a mio avviso coerente con la storia clinica a partire dall'infortunio e con la storia del paziente. [...] prima dell'infortunio [...] non aveva mai avuto bisogno di cure [...]. Esiste quindi [...] un punto di rottura del suo equilibrio psicoemotivo corrispondente all'infortunio [...]. Non si capisce perché il comprensibile disagio che ne deriva non debba avere caratteristiche di genuinità, anche nella sua complessità. Ma il perito [...] è focalizzato nell'interpretare i vari aspetti sintomatici riscontrati in un'unica direzione a sostegno di un'ipotesi di simulazione [recte: amplificazione dei sintomi]. [...] le divergenze sulle condizioni di salute [...] si confermano [...] inconciliabili [...]. Per me risulta [...] doveroso cercare di assicurare al paziente la possibilità di un giudizio più equo dei disturbi attraverso una nuova perizia "super partes", dove il perito non risulti un abituale collaboratore dell'Ufficio AI. [...]". Con scritto del 21 settembre 2024 il Dr. _____ ha nuovamente preso posizione (IV 2, sottolineature del redattore): "[...] La frequenza delle sedute [...] prosegue in maniera blanda [...]. Le diagnosi vengono mantenute. Solo la terapia farmacologica viene dichiarata aumentata. Già in passato il periziando ha dimostrato di non assumere i medicinali antidepressivi, anche a un dosaggio inferiore, allorquando il curante dichiarava invece una perfetta aderenza terapeutica. [...] non vengono riportati i motivi per cui un soggetto con scarsa aderenza terapeutica, che ha sempre rifiutato un ricovero, adesso avrebbe invece accettato dosaggi cospicui di medicinali, che il perito, in base al proprio inquadramento del caso, peraltro non trova indicati. [...] Non è esattamente vero che l'individuo sia stato valutato dal perito come simulatore. Il sottoscritto ha evidenziato dei deficit che però vengono nettamente amplificati dal soggetto, al di fuori di uno schema congruente di malattia mentale ed in presenza di molteplici incoerenze generali, documentate [...]. [...] la presa a carico globale non rispecchia la gravità e la complessità dei sintomi che vengono dichiarati. Inoltre, circa la mancata assunzione degli antidepressivi, lo psichiatra curante dichiarava nel rapporto precedente che questo fosse un aspetto sul quale sarebbe stato necessario lavorare. Il perito

si domanda su quali basi di onestà e di fiducia sarebbe proseguito il rapporto terapeutico, se non fosse emerso il problema della mancata assunzione dell'antidepressivo in sede peritale? Su cosa si sarebbe lavorato? [...] sarebbe proseguita una finzione, con un soggetto che dichiara formalmente di aderire alla cura, ma che [...] non lo fa; questo avvicina il caso molto di più a un problema di amplificazione volontaria che a un discorso di nevrosi da rendita. Viene detto dal collega che la complessità clinica sia coerente con la storia clinica, a partire dall'infortunio e dalla storia di vita. Il perito sottolinea che nella storia di vita non sono identificabili dei problemi psichici precedenti, né dei segni di personalità con tratti paranoidi, in un soggetto che lavora efficacemente a contatto con delle persone fragili. A proposito dell'entità dell'infortunio, si rimanda alla decisione _____ del novembre 2021 che ha sospeso le prestazioni accordate a partire dal 19 novembre 2021. Il periziando ha inoltrato opposizione contro la decisione _____ [...], sostenendo di avere ancora male e che la chiusura del caso di infortunio fosse ingiusta. Fino ad allora non era sopraggiunto alcuno scompenso psichiatrico secondario alla "catastrofizzazione" del dolore, dichiarata dallo psichiatra curante. La _____ ha mantenuto la sua posizione. [...] nel 2022 è insorta la presunta e complessa patologia psichiatrica e vi è stato l'incontro con lo psichiatra curante. Giova peraltro ricordare l'entità dell'infortunio [...], dove la minima frattura della vertebra lombare [...] non è per nulla sicura e comunque, anche se fosse avvenuta, si è risolta entro tempi brevissimi. Gli accertamenti RM hanno peraltro dimostrato che, alla base di un eventuale dolore lombare, vi sarebbero semmai delle alterazioni degenerative di vecchia data (che quindi avrebbero provocato dolore anche prima) non riconducibili all'infortunio. [...]” Secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3. e 3.8.) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti; cfr. anche STF 8C_508/2022 del 24 gennaio 2023) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3.; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016 consid. 2.7.2.; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019 consid. 2.8.; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020 consid. 2.4.) e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020 consid. 2.8.). Tornando al caso in disamina, si rileva innanzitutto che l'insorgente non presentava alcun antecedente psichiatrico o affezioni di sorta prima dell'infortunio (doc. 158, pag. 515 incarto AI: “ prima dell'infortunio del 16.5.21 non avevo mai avuto dolori a disturbi alla schiena. Lo prova il fatto che non avevo neppure un medico di famiglia. Nessun infortunio o malattia particolare da segnalare ”; cfr. anche doc. 52, pag. 140 incarto AI). E neppure vi sono sufficienti elementi che depongono a favore di una patologia psichiatrica ereditaria, le informazioni concernenti l'asserita patologia psichiatrica della madre e del fratello essendo troppo vaghe (doc. 75, pag. 227 incarto AI). Inoltre, nel formulario per la domanda di rendita egli ha indicato quale danno alla salute solo l'affezione reumatologica (cfr. supra consid. 1.1.). Significativa è anche la tempistica della presa a carico psichiatrica: con decisione su opposizione dell'8 marzo 2022 la _____ aveva messo fine alle prestazioni (cfr. doc. 198 incarto AI) e – su segnalazione dalla curante dr.ssa _____ (specialista in fisiatria, medicina tradizionale cinese e agopuntura) che aveva in cura RI 1 dal 26 gennaio 2022 per un piano trimestrale (doc. 75, pag. 247 incarto AI) – il ricorrente è stato preso a carico dal dr. _____ il 17 maggio 2022 (doc. 50 incarto AI). A questo proposito e come

rettamente rilevato dal perito psichiatra (IV, pag. 2 e seg.), risulta inverosimile che l'asserito scompenso psichiatrico secondario alla "catastrofizzazione" del dolore dichiarata dal curante si sia manifestata all'improvviso, proprio successivamente alla decisione negativa dell'assicuratore infortuni, al termine del piano di cura della dr.ssa _____ e a circa un anno di distanza dall'infortunio (cfr. supra consid. 1.1.). Per quanto concerne l'asserito peggioramento del quadro psicopatologico con sintomi psicotici (persecuzioni) in concomitanza con l'avvicinarsi delle visite peritali del dr. _____ e del dr. _____, mal si comprende per quale motivo tale situazione non si sia instaurata già in concomitanza con la visita peritale dell'assicuratore infortuni. Il quadro clinico prima dell'evento infortunistico e le tempistiche dell'asserito complesso quadro psichiatrico sollevano notevoli dubbi sulla credibilità delle asserzioni del ricorrente. La credibilità dell'insorgente è ancor più compromessa dal fatto – incontestato ed incontestabile – che egli ha mentito circa la compliance farmaceutica, venendo smentito dai risultati di laboratorio. A tal proposito, va evidenziata la lucidità con cui il ricorrente ha rilevato la possibilità di venire smascherato dai test di laboratorio, informandosi presso la compagna per capire lo svolgimento degli esami e, resosi conto che essi avrebbero smentito quanto inizialmente dichiarato, adducendo un recentissimo problema di alitosi quale giustificazione per la mancata assunzione dell'antidepressivo. In questo senso, è condivisibile la domanda del dr. _____ a sapere come si sarebbe sviluppata la presa a carico psichiatrica del curante se non si fossero svolti i test di laboratorio. Mal si comprende poi per quale motivo un'asserita diffidenza nei confronti dell'assunzione di farmaci sia limitata agli antidepressivi ma non ai tranquillanti. Inoltre, né il ricorrente, né il dr. _____ sono stati in grado di spiegare perché, nonostante l'asserita perenne necessità di un taccuino per annotare e ricordarsi le informazioni più importanti a motivo di difficoltà di memoria e di concentrazione, alle due visite peritali il ricorrente ha saputo comunque riportare adeguatamente ogni informazione pertinente senza l'ausilio di alcun supporto. Per quanto concerne l'incontestata "amplificazione dei sintomi", "l'attitudine rivendicativa marcata e ripetuta", "il comportamento teatrale", "i modi drammatizzati" ed "i toni e le espressioni enfatizzati" (doc. 75, pagg. 232-234 e 237 e seg.; doc. 109 incarto AI), non vi è alcun motivo per dubitare della fedeltà di quanto messo a verbale dal dr. _____, trattandosi di riscontri diretti del perito esterno indipendente. L'asserzione secondo cui il ricorrente non sia interessato ad un vantaggio economico dalla presente procedura e che "non avrebbe nemmeno voluto essere segnalato alla AI" (doc. 75, pag. 253 incarto AI) lascia perplessi. Già nella procedura LAINF, preavvisata la chiusura del caso da parte della _____ con la fine dell'erogazione delle prestazioni, il ricorrente ha chiesto all'assicuratore infortuni "chi lo pagherà se noi chiudiamo [il caso, n.d.r.] visto che lui ha famiglia [...]" (doc. 177 incarto AI). Del resto l'assicurato è un (ex) impiegato a tempo parziale (percentuale lavorativa dell'81%), con modeste entrate (docc. 1, 10 e 26 incarto AI), convivente con una donna prevalentemente casalinga (doc. 12, pag. 46 incarto AI) "occupata per qualche ora alla settimana come operatrice presso il _____ [...]" (doc. 75, pag. 228 incarto AI) e le tre figlie minorenni in un appartamento in locazione e che ha chiesto l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. supra consid. 1.5.). Alla luce di quanto qui sopra esposto e accertato in particolare che la valutazione peritale rispetta gli indicatori sanciti dalla giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.4.), questa Corte ha maturato il convincimento che la refertazione del curante psichiatra non contiene indizi concreti atti a mettere in dubbio la correttezza delle conclusioni dell'esperto esterno indipendente, che vanno integralmente confermate. Visto quanto precede, le conclusioni dei periti e del

medico SMR vanno confermate. 2.7. Il ricorrente critica la valutazione economica operata dall'Ufficio AI per quanto concerne l'effettiva possibilità di reintegrazione nel circuito lavorativo, sostenendo che i limiti funzionali rilevati dal perito reumatologo escludono al momento qualsivoglia attività lavorativa, ancorché adeguata, non tenendo peraltro conto di numerosi altri fattori quali “ la disponibilità sul mercato di un lavoro consono al proprio stato di salute, rispettivamente le aspettative e le ambizioni di ciascuno ”, “ senza contare che tale attività deve essere anche compatibile con la formazione dal medesimo seguita ”. Asserisce inoltre che “ nessuno abbia mai nemmeno indicato quale possa essere un'attività adeguata ai dichiarati limiti ” (VI. p.to 3.) e che non è dato a sapere cosa intende il perito con “ talvolta ” in riferimento alla frequenza di determinati atti elencati tra i limiti funzionali. A sostegno di quanto precede, l'insorgente rinvia al rapporto medico del dr. _____ dell'8 aprile 2024 (I, p.to 2.). Invano. Pacifico che i limiti funzionali rilevati dal perito reumatologo (cfr. supra consid. 2.6.2.) escludono la ripresa dell'attività abituale di assistente di cura, essendo inconciliabili con il mansionario descritto dal datore di lavoro (cfr. doc. 10, pag. 31 e doc. 40, pag. 88 incarto AI). Per quanto concerne la critica secondo cui il perito non ha sufficientemente specificato cosa intende con “ talvolta ” ed altri avverbi di tempo con riferimento alla frequenza delle attività descritte, vale quanto detto al consid. 2.6.2 a cui si rinvia. Infondata risulta altresì l'asserzione secondo cui nessuno abbia descritto quali siano le attività adeguate alle limitazioni rilevate dal perito. Infatti, nel rapporto del 5 febbraio 2024 il consulente in integrazione, fondandosi sulle limitazioni e sulle indicazioni mediche (confermate in questa sede, cfr. supra consid. 2.6.3.2. in fine), ha valutato la reintegrabilità del ricorrente nel circuito lavorativo, individuando un ampio ventaglio di attività semplici, leggere e ripetitive che non presuppongono qualifiche pregresse e che possono essere svolte dopo una breve introduzione, menzionando a titolo esemplificativo “ Operaio addetto alla raccolta, pulizia, rifinitura di pezzi di seconda lavorazione in officine o industrie di trasformazione di metalli o legno [...]”, “ Addetto alla logistica (magazziniere, con l'ausilio del muletto)”, “ Autista, fattorino addetto alla distribuzione e consegna a domicilio di merce non troppo pesante di beni voluttuari ”, “ Personale ausiliario addetto ad attività collaterali semplici, per lo più di tipo manuale (archivio, servizio meccanografici, di duplicazione, economato e similari) ”, “ Operaio ausiliario in lavori leggeri non qualificati (addetti al controllo, imballaggio, etichettatura, spedizioni, ausiliari) nelle cinque categorie presenti nel campo dell'abbigliamento, della confezione, della maglieria e simili ”, “ Operaio assemblatore nel campo della componentistica elettromeccanica ed elettronica ”, “ Operaio generico nell'orologeria industriale ”, “ Impacchettatore, imballatore e simili (MM) ”, “ addetto alla vendita di carburanti e altri prodotti in stazioni combinate del tipo servisol, con compiti essenzialmente d'incasso ”, “ operaio nell'industria farmaceutica (controlli, condizionamento) ” (doc. 86 incarto AI). L'agire del consulente in integrazione risulta pertanto conforme alla giurisprudenza in concreto applicabile (cfr. supra consid. 2.5.). Per quanto attiene al profilo, alle ambizioni e alla formazione del ricorrente per rapporto al mercato di lavoro – posto che il consulente in integrazione ha considerato gli aspetti socioprofessionali indicando che le surriferite attività “ sono ben presenti sul territorio [...]” e ritenendo che “ l'A. possa reintegrarsi in maniera autonoma iscrivendosi all'URC o tramite i normali canali di reclutamento ” (doc. 86, pag. 302 incarto AI) – a far stato è la reintegrazione professionale in attività adeguata sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. supra consid. 2.2.), nozione teorica e astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo

tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. A questo proposito, la giurisprudenza federale ha ammesso che nel mercato del lavoro equilibrato vi sono anche cosiddetti posti di lavoro di nicchia “ bei welchen behinderte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können ” (pro multis STF 8C_369/2021 del 28 ottobre 2021 consid. 6.4. con rinvio alla STF 8C_783/2020 del 17 febbraio 2021 consid. 7.3.2; STCA 32.2021.89 del 7 marzo 2022 consid. 2.6.3. in fine). Pertanto, la censura del ricorrente cade nel vuoto. 2.8. Come accennato (cfr. supra consid. 1.7. e 2.6.3.2.), il (rappresentante del) ricorrente ed il curante psichiatra chiedono una perizia giudiziaria. Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure STF 9C_632/2012 del 10 gennaio 2013; STF 9C_231/2012 del 24 agosto 2012). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). A fronte di una situazione valetudinaria ritenuta sufficientemente chiarita (cfr. supra consid. 2.7.3.2. in fine), il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. 2.9. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata deve essere confermata. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500 sono poste a carico del ricorrente. 2.11. Come accennato in narrativa (cfr. supra consid. 1.5.), il ricorrente chiede di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella presente fattispecie, non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla

base degli atti all'inserto e per i motivi esposti ai considerandi 2.7.1.-2.8., la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso. In tali condizioni, l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio deve essere respinta.

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