

TI_GERICHTE 32.2024.69 vom 27. August 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-08-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.69

FR: TI_GERICHTE 32.2024.69 du 27 août 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.69 del 27 agosto 2024

Regeste

Ricorso (respinto) contro decisione di riduzione della rendita corrente. Confermata la valutazione peritale, i referti dei curanti non essendo idonei a smentire le conclusioni degli esperti esterni indipendenti. Valutazione anticipata delle prove. Negata assist. giudiziaria con gratuito patrocinio

Erwägungen

E. 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%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2); se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70%, gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera (cpv. 3); mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, si ha che al grado d'invalidità del 40% la quota percentuale è del 25% di una rendita intera (un quarto di rendita) e per ogni grado d'invalidità supplementare si computa una quota del 2,5% (cpv. 4). In virtù dell'art. 28 a 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) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della

decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 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. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plädoyer 1/06, pag. 64-65).

Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità, l'art. 88 bis cpv. 1 OAI stabilisce che l'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per

l'assistenza avviene al più presto: se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (lett. a); se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (lett. b); se viene constatato che la decisione dell'ufficio AI, sfavorevole all'assicurato, era manifestamente errata, a partire dal momento in cui il vizio è stato scoperto (lett. c). L'art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88 bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.5. 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'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha 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). Nella STF 8C_104/2024 del 22 ottobre 2024 l'Alta Corte ha modificato la prassi vigente per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di obesità (forte sovrappeso). Secondo la vecchia giurisprudenza – basata sul convincimento che l'obesità potesse essere superata con la sola forza di volontà – il diritto ad una rendita d'invalidità era di principio escluso se l'obesità era trattabile, a meno che l'obesità fosse causa di seri danni alla salute o se insorgeva quale loro conseguenza. Con la recente pronuncia il TF ha rilevato che non vi è alcun motivo per considerare l'obesità in modo diverso dalle altre affezioni e che il solo fatto che essa possa in linea di principio essere trattata non esclude il diritto ad una rendita. Conseguentemente, la Massima Istanza ha sancito che anche l'accertamento del diritto ad una rendita in caso di obesità va effettuato tenuto conto del singolo caso e nel quadro di una procedura probatoria strutturata che determini in che misura l'afezione influisce sulla capacità lavorativa dell'assicurato, fermo restando l'obbligo di quest'ultimo di ridurre il danno (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 21 novembre 2024). 2.6. 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). Secondo la giurisprudenza, il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili sul mercato del lavoro equilibrato (concetto astratto e teorico e che non considera la situazione concreta del mercato del lavoro, i posti disponibili durante congiunture sfavorevoli o le ridotte possibilità per l'individuo leso nel suo stato valetudinario di trovare un posto di lavoro esigibile ed appropriato, cfr. pro multis DTF 148 V 174 consid. 9.1. e 147 V 124 consid. 6.2.). Spetta difatti essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3, 9C_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3.), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5.). 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 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-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 conclusione 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). 2.7. In concreto, nell'ambito della revisione avviata nel gennaio 2023 l'Ufficio AI ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare, confluita nel rapporto peritale del 15 dicembre 2023, fatto proprio

dal medico SMR. Fondandosi su tali referti attestanti un miglioramento dello stato valetudinario ed un parziale ripristino della capacità lavorativa in attività adeguata dal 7 luglio 2023 (cfr. supra consid. 1.2.), l'Ufficio AI ha emanato la decisione contestata (cfr. supra consid. 1.4.). Il ricorrente, prevalendosi delle refertazioni prodotte in sede ricorsuale, contesta la valutazione medica posta alla base della decisione impugnata, sostenendo che non vi sia stato alcun miglioramento dello stato valetudinario (cfr. infra consid. 2.7.1.). Sostiene inoltre che gli accertamenti peritali non siano più attuali, poiché la perizia è datata 15 dicembre 2023 ma i periti sono stati incaricati tra maggio e luglio 2023, circostanza che non permetterebbe di tener conto di " possibili cambiamenti avvenuti nel corso dell'ultimo anno " (cfr. infra consid. 2.7.2.). Critica l'accertamento della dr.ssa _____, rimproverandole di non aver spiegato " in maniera plausibile, chiara e comprensibile la ragione per cui l'incapacità lavorativa [...] in attività adeguate sarebbe passata dal 100% al 40% dal 7 luglio 2023 " (I, p.ti 5. e 6.; VIII) (cfr. infra consid. 2.7.3.). Questo Giudice, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato (prima dell'emanazione della decisione impugnata) dall'amministrazione, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa motivi per metterne in dubbio le conclusioni. 2.7.1. Il ricorrente si prevale del certificato della curante dr.ssa _____, specialista in medicina interna generale, del 1. marzo 2024 e che presenta il seguente tenore (doc. D): " [...] Con il presente si certifica che il paziente sopraccitato, a causa delle sue malattie, è inabile al lavoro al 100% dal giugno 2019." Di tutta evidenza, lo scarno e vago certificato della curante generalista non è idoneo a mettere in dubbio quanto accertato dai periti esterni indipendenti, la dr.ssa _____ non essendosi neppure confrontata con gli accertamenti peritali, non avendo differenziato tra incapacità lavorativa in attività abituale e quella in attività adeguata e non avendo neppure indicato a quali affezioni sarebbe riconducibile l'asserita inabilità lavorativa completa. Va peraltro sottolineato che, di principio, in caso di lite non ci si può fondare sulla posizione del medico curante, ancorché specialista (cfr. supra consid. 2.6.), considerato peraltro che in casu il parere discordante è stato espresso da un medico generalista. La " Storia clinica " dell'insorgente allegata al certificato, è irrilevante, trattandosi di una sintesi delle diagnosi formulate e dei farmaci prescritti. Il ricorrente si prevale del rapporto del 5 novembre 2024 del dr. _____ e del dr. _____ (entrambi specialisti in chirurgia della colonna vertebrale), i quali a fronte delle note diagnosi, hanno accertato quanto segue (doc. H): " [...] Anamnese/Verlauf Ungeplante Verlaufskontrolle von Herrn RI 1 in Begleitung der Tochter. Diese berichten von einer nun sei einigen Monaten bestehenden progredienten Rückenschmerzsymptomatik ubiquitär in der Lenden wirbelsäule. Der Patient würde hier unter physiotherapeutische Betreuung nur eine leichte Besserung erzielen. Zudem bemerkte der Patient ein Brennen am Fuss links seit April, wobei das Brennen alle Zehen und auch die Fusssohle betrifft. Eine klare radikuläre Schmerzkomponente lässt sich aktuell nicht darstellen. In Bezug auf den Rückenschmerz wird eine relative Schmerzkomensation erreicht. Der Patient ist aktuell arbeitsuchend. Untersuchungsbefunde Druckdolenz der gesamten Lendenwirbelsäule supraspinös. Punctum maximum paravertebral linksseitig tieflumbal (L3-L5). Narbe trocken und reizlos. Lasègue beiseits negativ. Trendelenburg-Zeichen rechts diskret positiv, links negativ. Flüssiges Gangbild mit Fussheberschäche rechts mit Kraftgrad M2-3 (vor der ersten Operation bereits bestehend). Keine neuen sensomotorischen Defizite der unteren Extremität. Radiologiebefunde Röntgen der LWS a.p./lat. inkl. Funktionsaufnahmen vom 01.11.2024: Unveränderte Implantatlage, keine Anschlussdegeneration, kein PJK. Sehr gute ossäre Fusion S2-L3. MRI LWS vom 10.09.2024: keine Neurokompression: keine

Anschluss-Degeneration Beurteilung und Prozedere Rein bildmorphologisch lässt sich keine klare lumbospondylogener Ursache der brennenden Fusschmerzen detektieren, insbesondere zeigt sich das Neuroforamen L5 beidseits suffizient dekomprimiert. Auch in Bezug auf die knöcherne Heilung lässt sich ein sehr erfreulicher Verlauf detektieren. Für die Fusschmerzen bitten wir die Kollegen der Neurologie um entsprechende Evaluation und gegebenenfalls Durchführung eines MEP/SSEP nach eigenem Ermessen. Sollte dies keine konkursiven Resultate bringen oder in Zukunft die Schmerzen weiter zunehmen, respektive es zu einer progredienten lumbalen Schmerzsymptomatik kommen, kann die Diagnostik mittels CT LWS erweitert werden. Aktuell ergibt sich kein spezifisches wirbelsäulenchirurgisches Procedere.” Il surriferito rapporto non soccorre il ricorrente. Infatti, gli specialisti della _____ non hanno neppure preso posizione sulle conclusioni peritali, non hanno accertato alcuna incapacità lavorativa (mettendo peraltro a verbale che il ricorrente aveva riferito di essere in cerca di lavoro) e hanno rilevato che nonostante una dolenza alla pressione della colonna lombare all’altezza del sovraspinato, l’evoluzione dello stato di salute evidenziato dagli esami era oggettivamente positivo, escludendo per il momento un’intervento chirurgico. A proposito dei dolori alla schiena riferiti dall’insorgente e rilevati dal dr. _____ e dal dr. _____, si rileva che essi sono stati debitamente considerati dai periti (doc. 55, pag. 281 e seg. incarto AI) ma non sono stati ritenuti tali da precludergli un’attività lavorativa adeguata ai limiti funzionali, conclusione, questa, che non viene confutata dal rapporto della _____. Per quanto concerne le convocazioni del 29 ottobre e del 16 dicembre 2024 presso la _____ (doc. E; X), vale quanto segue. Per costante giurisprudenza il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell’emanazione di tale decisione (pro multis DTF 136 V 24 consid. 4.3., 130 V 445 consid. 1.2. con rinvii), in concreto il 27 agosto 2024. Fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). Inoltre, qualora l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduca l’amministrazione o il giudice, in base a 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 (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (STF 9C_96/2022 dell’8 agosto 2022, consid. 7; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; STF 9C_847/2017 del 31 maggio 2018 consid. 5.1.; STF 9C_35/2018 del 29 marzo 2018 consid. 6; STF 9C_588/2017 del 21 novembre 2017 consid. 7.2.; STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.4.; STF 8C_794/2016 del 28 aprile 2017 consid. 4.2.; STF 9C_737/2012 del 19 marzo 2013; STF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 9), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Tornando alla fattispecie in disamina, si rileva che la convocazione del 29 ottobre era riferita alla visita del 5 novembre 2024 di cui già si è detto sopra e che non è confluita in un rapporto medico atto ad inficiare le conclusioni peritali, neppure operando una valutazione retrospettiva. Quo alla visita prevista per il 16 dicembre 2024, questo Giudice, operando una coscienziosa valutazione anticipata delle prove conformemente alla surriferita giurisprudenza, ritiene che le conclusioni peritali della dr.ssa _____ siano esaustive e fedefacenti della situazione valetudinaria dell’insorgente fino al momento dell’emanazione

della decisione impugnata (cfr. infra consid. 2.7.2. e seg.) e che gli esiti della prospettata visita non possono modificare quanto accertato dall'esperta esterna indipendente, la cui perizia ha valenza probatoria accresciuta (cfr. supra consid. 2.6.). Ne consegue che le refertazioni prodotte dall'insorgente non inficiano la valutazione dei periti esterni indipendenti. 2.7.2. Per quanto concerne l'asserita inutilizzabilità delle conclusioni peritali, a dire del ricorrente non più attuali in quanto tra le visite peritali avvenute tra maggio e luglio 2023 ed il rapporto peritale del 15 dicembre 2023, rispettivamente la decisione impugnata del 27 agosto 2024 è trascorso troppo tempo, si rileva che con pertinenza l'Ufficio AI ha evidenziato che " Il fatto che la perizia sia stata resa a dicembre 2023 con accertamenti precedenti non è sufficiente per ritenere non attuali le conclusioni rese. Si rammenta che dopo la perizia del _____ non sono emersi nuovi dati clinici determinanti una diversa valutazione del caso. Pertanto le conclusioni emerse dalla perizia pluridisciplinare continuano ad avere pieno valore probatorio. " (V, p.to 4.). In effetti, non vi sono elementi che permettono di ipotizzare una modifica dello stato valetudinario tra luglio e dicembre 2023 e neppure tra dicembre 2023 ed il 27 agosto 2024 (data determinante, cfr. supra consid. 1.4. e 2.7.1.). 2.7.3. L'insorgente rimprovera alla dr.ssa _____ di non avere spiegato " in maniera plausibile, chiara e comprensibile la ragione per cui l'incapacità lavorativa [...] in attività adeguate sarebbe passata dal 100% al 40% dal 7 luglio 2023 " (I, p.ti 5. e 6.; VIII). A torto. La dr.ssa _____, dopo aver fatto il punto della situazione iniziale e degli aspetti formali (doc. 55, pag. 299 e seg. incarto AI), riportato le fonti impiegate (doc. 55, pagg. 300-306 incarto AI), svolta l'anamnesi (doc. 55, pagg. 307-313 incarto AI), reso il reperto (doc. 55, pagg. 313-315 incarto AI) ed effettuata la valutazione medico-assicurativa (doc. 55, pag. 315-319 incarto AI), ha accertato un'incapacità lavorativa del 40%, illustrando come segue l'evoluzione della stessa (doc. 55, pagg. 321, sottolineature del redattore): " In base agli atti è stato documentato un miglioramento progressivo della sintomatologia e del deficit neurologico dopo l'ultimo intervento chirurgico, che dovrebbe trovare un correlato in un miglioramento della capacità lavorativa. Al controllo neurochirurgico nel mese di agosto 2022 si descriveva un miglioramento significativo della sintomatologia dolorosa stimato al 70%, ma non del deficit di forza nel territorio radicolare L5 dx. Nel suo rapporto del 23.01.2023 la dr.ssa _____, medico curante, confermava un miglioramento clinico dopo l'ultimo intervento chirurgico, ritenendo possibile un inserimento professionale, con limitazione in attività che richiederebbero svolgimento di sforzi fisici e mantenimento prolungato di postura seduta. I medici non hanno giudicato la capacità lavorativa; pertanto, ritengo che il giudizio da me espresso sopra in merito alla capacità lavorativa in un'attività adatta [capacità lavorativa del 40% in attività adeguata, n.d.r.] sia valevole dal momento della presente perizia [la valutazione peritale della dr.ssa _____ è del 7 luglio 2023, cfr. doc. 55, pag. 299 incarto AI, n.d.r.], pur ritenendo possibile anche nei mesi precedenti vi sia stato già un miglioramento sufficiente ad affrontare le misure di reinserimento professionale." Dal surriferito frammento del rapporto peritale si evince che la perita neurologa ha rilevato che dopo l'intervento chirurgico è occorso un importante miglioramento della situazione valetudinaria comportante il (parziale) riacquisto della capacità lavorativa in attività adeguata e, fondandosi sulla refertazione agli atti, ha ritenuto tale modifica essere intervenuta al più tardi al momento della perizia, ossia il 7 luglio 2023. Quanto accertato dalla dr.ssa _____ non presta il fianco a critiche. Pertanto, le valutazioni dei periti – rispettose degli indicatori sanciti dalla giurisprudenza topica (cfr. supra consid. 2.5.) – e del medico SMR vanno confermate. 2.8. Il ricorrente non contesta la

valutazione economica operata dall'Ufficio AI ed il TCA non ha motivo per discostarsene.

2.9. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va integralmente respinto.

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. e 1.7.), il ricorrente chiede di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Giusta l'art. 29 cpv. 3 Cost., chi non dispone dei mezzi necessari ha diritto alla gratuità della procedura se la sua causa non sembra priva di probabilità di successo. Ha inoltre diritto al patrocinio gratuito qualora la presenza di un legale sia necessaria per tutelare i suoi diritti. 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 e gratuito patrocinio 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% (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. e 2.7.2., la presente impugnativa appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso. A mero titolo abbondanziale e con riferimento all'asserita indigenza, si rileva che sul certificato municipale (che per il Giudice ha soltanto valore indicativo, cfr. pro multis STCA 32.2020.129 del 22 febbraio 2021 consid. 2.11. con riferimenti) l'autorità competente ha apposto l'indicazione "PREAVVISO NEGATIVO" (VII, allegato G, pag. 3). 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.