

TI_GERICHTE 32.2024.92 vom 23. Oktober 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-10-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.92

FR: TI_GERICHTE 32.2024.92 du 23 octobre 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.92 del 23 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1

Deficit dell'attenzione con velocità di elaborazione visiva inferiore alla norma e difficoltà nell'attenzione selettiva e sostenuta.

E. 2

Memoria, deficit nella memoria di lavoro e nella memoria a lungo termine con evidenti difficoltà nel richiamo delle informazioni.

E. 2.13

Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso le spese per complessivi fr. 500 sono messe a carico dell'insorgente. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio dell'avv. RA 1. 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. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto – 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 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio. Il requisito della probabilità di esito favorevole 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 (cfr. STFA U 220/99 del 26 settembre 2000; RAMI 1994 p. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b; DTF 119 Ia 251). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005; STFA I 173/04 del 10 agosto 2005; STFA I 422/04 del 29 agosto 2005; STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 in re A.D.; DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di

successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (cfr. DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b). Nel caso concreto, visti i chiari principi che risultano dalla giurisprudenza pubblicata sia nella Raccolta Ufficiale che nel sito web della Confederazione, rispettivamente in quello del Cantone Ticino, ritenuto che, come spiegato in precedenza, il ricorrente ha violato l'obbligo di informare, non segnalando all'Ufficio AI il miglioramento del suo stato di salute, e considerato il chiaro esito della perizia allestita in sede amministrativa e del successivo periodo di riallenamento al lavoro, doveva apparire evidente che il rischio di perdere il processo era palesemente maggiore rispetto alle prospettive di un successo, ragione per la quale il requisito della probabilità di esito favorevole va giudicato inadempito. Facendo quindi difetto anche solo uno dei presupposti necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, la richiesta va respinta.

E. 3

Funzioni esecutive, compromissione della pianificazione, organizzazione strategica e fluenza verbale.

E. 4

Difficoltà viso-costruttive, problemi nella copia di figure complesse e nella gestione di compiti che richiedono abilità visive e motorie integrate.

E. 4.4

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212 ; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher , Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) 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. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFFPG, 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 quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivamente (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, 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). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da

un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). 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 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che 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. 2.8. Preliminarmente va rilevato che l'Ufficio AI ha agito correttamente laddove nel corso del mese di maggio 2021 ha dato avvio ad una revisione della rendita AI dell'insorgente, effettuando numerosi accertamenti, tra i quali l'allestimento di una nuova perizia pluridisciplinare. All'amministrazione era infatti stato segnalato che la moglie del ricorrente, nell'ambito di un'inchiesta dell'Ufficio dell'ispettorato del lavoro, aveva affermato che suo marito si sarebbe occupato, a titolo oneroso, di un commercio di veicoli tra la Svizzera e la _____ (“ Il mio ruolo è quello del prestanome, per esportare veicoli verso la _____, tutti quelli che nella lista figurano immatricolati a mio nome per meno di 60 giorni, diverse persone dalla _____ tra le quali mio marito acquistano dei veicoli (solitamente vecchi e con tanti km) in Svizzera, io li intesto a mio nome e poi l'acquirente (anche mio marito ad esempio) la guida fino in _____ e le targhe vengono date ad una terza persona che me le riporta in Svizzera. Per prestare le targhe io pretendo dai diversi acquirenti che mi paghino la tassa di circolazione e l'assicurazione per il periodo nel quale il veicolo è immatricolato, io consegno la cedola e loro provvedono al pagamento, la stessa cosa che faceva mio marito fino al 2013 ” (...)) “

E. 5

Sull'attendibilità del test risulta, come già suggerito nei miei rapporti precedenti, l'importanza degli aspetti emotivi legati al disturbo psico-organico del paziente con risonanza della paura del paziente per la propria integrità fisica e mentale. Le confermo che il paziente è sempre in trattamento dal sottoscritto dove riceve una medicazione neurolettica con Quetiapin 25mg tutte le sere e continua un trattamento antidoloroso cronico per le problematiche emicraniche post-traumatiche. Le ricordo inoltre che il paziente è stato convocato il 18.02.2025 per un ulteriore accertamento presso il _____. Le ricordo che la perizia effettuata presso l'AI ha negato diagnosi sia neurologiche che psichiatriche nei propri scritti e le ricordo inoltre che il paziente non ha mai ricevuto il permesso di guida né in Svizzera né in _____, dove è originario." (doc. G) - Consulto neurologico del 18 febbraio 2025 della dr.ssa med. _____, capoclinica presso l' _____, la quale, dopo aver visitato l'insorgente, ha concluso: "(...) Paziente 55enne in esiti di grave traumatismo cranico nel 1992. Alla rivalutazione della RM cerebri con seq. angio arteriose con specialisti neuroradiologi in sede, confermo assenza di flusso in a. carotide interna dx ed esiti di clipping chirurgico nel tratto sovraclinoideo. Il segnale di flusso dei restanti rami del circolo intracranico è presente. Sarebbe ovviamente interessante confrontare i reperti attuali con eventuale documentazione radiologica relativa all'ospedalizzazione o controlli in anni successivi, ma il pz ritiene di non avere documentazione a riguardo. Da parte mia, per completezza, lo convoco per esecuzione di Duplex-TSA e transcranico" (doc. I) Chiamato ad esprimersi in merito sulla documentazione prodotta dal ricorrente, il medico SMR, dr. med. _____, il 14 marzo 2025 ha affermato: " (...) Prendo visione dei seguenti referti: - RM cerebrale con angio-RM nativo e con contrasto del 03.12.2024: l'esaminatore Dr. _____ non ha a disposizione diagnostica per immagini precedente per confronto. Il referto non certifica alcuna modificazione recente a livello cerebrale in assenza di confronto con dati precedenti; il riscontro di oblitterazione dell'arteria carotide interna destra non può essere valutato come fatto nuovo e, infatti, il Dr. _____ ritiene necessario un confronto con precedenti esami. L'ipertrofia parasinusale non può giustificare deficit cognitivi. - Valutazione neuropsicologica ambulatoriale del 04.12.2024 (referto del 13.12.2024): è posta una diagnosi non conclusiva di sospetto deficit cognitivo in quanto (pag. 3/3) parte delle prove di attendibilità risultano deficitarie, indicando una possibile sovrastima della sintomatologia clinica (cognitive e psicologica) riportata ; più sotto gli scriventi Dr. _____, Dr. _____, neuropsicologa _____ esprimono un rapido accenno a non meglio definiti aspetti emotivi, la cui presenza giustificherebbe, tuttavia, la non attendibilità dei risultati non il deficit cognitivo. - Nel rapporto del 19.12.2025, il Dr. _____ esprime un suo personale apprezzamento del rapporto neuropsicologico dando risalto ai deficit e minimizzando la non attendibilità dei risultati con riferimento come già suggerito nei miei rapporti precedenti, l'importanza degli aspetti emotivi legati al disturbo psico-organico del paziente con risonanza della paura del paziente per la propria integrità fisica e mentale. Questa affermazione non è contenuta nel rapporto neuropsicologico ed è un apprezzamento personale dello psichiatra curante di difficile interpretazione: sembra quasi che l'assicurato abbia dato verosimilmente risposte non adeguate ai test per difendere sé stesso e, altrettanto verosimilmente, un proprio beneficio. - Il consulto neurologico della Dr.ssa _____ del 18.02.2025 riporta un esame obiettivo neurologico nella norma e, in particolare, non evidenti turbe mnesiche o fasiche durante il colloquio. In conclusione, la documentazione medica versata non riporta nei fatti informazioni nuove o modificazioni significative di fatti

noti bensì conferma le conclusioni peritali rispettivamente i rapporti SMR del 30.10.2023 e 02.12.2024.” (doc. XVII) 2.6. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per

le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPG) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.).

E. 10

Per quale cifra ha acquistato i veicoli summenzionati? Adr: Non lo ricordo in quanto dell'acquisto se n'è occupato mio marito RI 1"), ossia un'attività che, alla luce della perizia del _____ del 22 luglio 2002, sfociata nell'attribuzione di una rendita completa, non sarebbe apparentemente stato in grado di svolgere. Inoltre il 24 marzo 2022 il medico SMR, dr. med _____, dopo aver acquisito le fatture dell'assicuratore malattie, ha constatato che negli ultimi 5 anni vi era stata un'" assenza di significativa mediazione e sostegno psicologico " ed ha rilevato che da una visita del dott. _____ del 1° dicembre 2004, su mandato dell'Ufficio della circolazione, non era emerso alcun danno neuropsicologico di tipo limitante, contrariamente a quanto stabilito nella perizia del _____ di un paio di anni prima (pag. 360 incarto AI). In presenza di uno stato di fatto e di salute modificato (possibile attività lucrativa quale commerciante di automobili; nessun danno neuropsicologico), non conosciuto dall'Ufficio AI, e che avrebbe potuto incidere sul grado d'invalidità del ricorrente, poiché era stato ritenuto abile al lavoro al 50% solo in ambiente protetto, l'amministrazione ha pertanto correttamente dato avvio alla procedura di revisione (cfr. DTF 141 V 9, consid. 5.3) ed ha esaminato il diritto alla prestazione in maniera completa (" allseitig ") in fatto ed in diritto (DTF 141 V 9 e STF 9C_44/2024 del 23 settembre 2024). 2.9. Chiamato innanzitutto a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, questo Tribunale, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, deve confermare le conclusioni della perizia pluridisciplinare del _____ del 26 ottobre 2023. Il referto è da considerare dettagliato, approfondito e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti. I periti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa del ricorrente sulla base delle visite effettuate. Al referto va attribuita piena forza probante. I periti, riassunti gli atti, descritta in maniera approfondita l'anamnesi (famigliare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica), le constatazioni obiettive, non hanno rilevato alcuna diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa dell'interessato, mentre hanno accertato numerose diagnosi (neurologiche, neuropsicologiche, reumatologiche e internistiche), senza alcuna influenza sulla capacità lavorativa. Gli specialisti si sono espressi nel dettaglio di ogni singola patologia, spiegando partitamente le ragioni per le quali le malattie di cui è affetto il ricorrente non incidono sulla sua capacità lavorativa e per quali motivi egli è completamente abile al lavoro in qualsiasi attività, senza restrizioni particolari. Il reumatologo, dr. med. _____, ha accertato che l'esame clinico è blando con leggera riduzione della mobilità sia alla colonna cervicale che lombare senza una sindrome cervico-vertebrale o lombo-vertebrale, non vi sono indizi per una componente di tipo irritativo radicolare alle estremità superiori e inferiori, vi sono delle

dolenzie alla palpazione muscolare a livello soprattutto interscapolare e nella zona lombare e lombo sacrale, presenta alcuni tender points soprattutto agli arti superiori, non vi sono comunque indizi né anamnestici né clinici per un vero e proprio reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico, non vi sono segni per una sistematica patologia di tipo degenerativo né alle anche né alle ginocchia e alle caviglie; non vi sono sinoviti. Lo specialista ha accertato una capacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività. Anche dal lato neurologico, il dr. med. _____ è giunto alla medesima conclusione. Lo specialista ha rilevato che si tratta di un assicurato che nel 1992 ha subito un grave trauma cranico con necessità di vari interventi chirurgici a livello del massiccio facciale per fratture mandibolari e che lamenta cefalee di tipo tensivo, con evoluzione cronica a partire dal trauma; non vi sono altrimenti deficit maggiori all'esame neurologico e dal punto di vista neuropsicologico non emergono sicuri deficit cognitivi. Vi è pertanto una completa abilità lavorativa in qualsiasi attività. Dal lato psichiatrico, il dr. med. _____, al quale il ricorrente ha dichiarato di non essere più stato in cura psichiatrica per un po' (cfr. pag. 505-506 incarto AI: "[...] era stato seguito per un certo periodo dal collega psichiatra Dr. _____ di _____. Afferma di avere poi smesso di vedere lo psichiatra non ravvisandone una necessità e di avere ricominciato le consultazioni circa sei mesi fa perché non si sentiva bene a livello psichico [...]"), non ha posto alcuna diagnosi né con influenza né senza influenza sulla capacità lavorativa. Lo specialista ha accertato che l'esame psichico dell'insorgente non ha evidenziato particolarità degne di nota, fatta eccezione per una certa apatia e una tendenza a mantenere una certa distanza relazionale, nonostante l'assicurato abbia asserito anche se in maniera non molto convinta di non potere contare su di uno stato di salute ottimale e a parte lo stato d'animo apatico e l'atteggiamento di distanza relazionale messo in luce all'esame psichico non si sono evidenziati aspetti psicopatologici correlabili all'ipotesi diagnostica di disturbo neuropsicologico che era stato formulato nel 2002, ma che perlomeno dal 2004 (data dell'ultimo accertamento neuropsicologico) in avanti non risulta essere più sostenibile anche alla luce dell'esame neuropsicologico effettuato nell'ambito della perizia _____ che ha evidenziato prestazioni cognitive poco coerenti e poco plausibili: a questo proposito, per il perito, le prove di validità e l'analisi quantitativa delle prestazioni se da un lato hanno mostrato una sostanziale assenza di disturbi funzionalmente rilevanti, dall'altro sono piuttosto indicativi di una produzione intenzionale o perlomeno di un aggravamento voluto dei disturbi cognitivi accusati dall'insorgente. Per cui lo specialista ha concluso per una completa capacità lavorativa in qualsiasi attività. Pure per quanto concerne l'aspetto internistico, il dr. med. _____ non ha accertato alcuna incapacità lavorativa. Infine, anche in relazione all'aspetto neuropsicologico, il dott. _____ ha stabilito che l'insorgente è completamente abile al lavoro in qualsiasi attività lavorativa. Lo specialista ha descritto prestazioni neuropsicologiche non attendibili per tendenza alla simulazione / aggravamento con capacità neuropsicologiche verosimilmente normali e sovrapponibili a quelle documentate nel 2004. Per lo specialista l'insorgente è capace al lavoro al 100% almeno dal 1° dicembre 2004 data dell'ultimo accertamento neuropsicologico che mostrava l'assenza di disturbi funzionalmente rilevanti. Le contestazioni del ricorrente, ed il certificato del 13 novembre 2024 del dr. med. _____, non sono atti a sovvertire le convincenti e motivate conclusioni peritali. È vero che i periti, per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa, sembrano essere partiti dalla premessa che l'insorgente avesse da ultimo eseguito l'attività di serigrafo, allorché tale lavoro era stato effettuato in modalità protetta nel 1997 su richiesta del curante, dr. med. _____. Tale errore, verosimilmente

derivante dall'indicazione contenuta nel mandato di accertamento peritale del 5 gennaio 2023 (pag. 423 incarto AI), nel preciso caso di specie non porta a conseguenza ritenuto come tutti gli specialisti ritengono che l'assicurato può svolgere qualsiasi attività lucrativa in maniera completa, ossia al 100%, compresa di conseguenza quella da ultimo svolta di cameriere e di aiuto cucina e pizzaiolo. Tali attività sono del resto state prese in considerazione dai periti, ritenuto come nel referto del 26 ottobre 2023 sono citate nell'anamnesi professionale quali lavori svolti prima dell'incidente stradale (cfr. pag. 9 della perizia, punto 3.2.3 e pag. 31-32, punto 4.1 della perizia; cfr. anche pag. 40: "[...] sotto il profilo reumatologico non vi sono particolari fattori di stress dal punto di vista muscolo-scheletrico, l'A. ha intatte risorse per rientrare in un'attività lavorativa quale cameriere"). Inoltre, come si vedrà ancora in seguito, la capacità lavorativa in qualsiasi attività è stata confermata dalla prova di 6 mesi effettuata dall'insorgente presso il _____ al termine della quale i responsabili hanno evidenziato come il ricorrente potesse esercitare la professione di aiuto cucina senza particolari problemi. A questo proposito l'Ufficio AI rileva correttamente come durante la misura reintegrativa, le restrizioni lavorative a cui l'assicurato ha fatto riferimento sono unicamente relative alla percezione di dolori, alla stanchezza e all'emicrania (cfr. i rapporti intermedi del consulente in integrazione professionale del 22 febbraio 2024, del 28 marzo 2024, del 6 maggio 2024 e del 21 giugno 2024), ossia disturbi che sono stati indagati nell'ambito di una procedura probatoria strutturata anche grazie agli esami testistici orali, di disegno e di ricostruzione di figure, Coin in the Hand Test (CHT), Digit Span Test (DS), Item Memory Test (FMT), Figura complessa di Benson, Dot Counting Test (DCT) e all'esame (per il tramite di un questionario) di validità della performance (per il controllo della simulazione di disturbi cognitivi; cfr. pag. 533-534 incarto AI). Testistica, somministrata da un perito abilitato in neuropsicologia (cfr. l'art. 7m cpv. 3 OPGA), la cui valenza è riconosciuta. L'agire dell'amministrazione è conforme alla prassi dell'Alta Corte secondo cui l'impatto sulla capacità lavorativa del quadro clinico legato al disturbo da stress post-traumatico (PTSD), all'emicrania e alla cefalea a grappolo va esaminato mediante una procedura probatoria strutturata. Ciò indipendentemente dal fatto che alla base delle stesse vi sia (o meno) una patologia organica dimostrabile (cfr. STF 8C_350/2017 del 30 novembre 2017, consid. 5). Non può neppure essere d'aiuto al ricorrente il referto del 13 novembre 2024 del suo curante, dr. med. _____. Tale certificato si esaurisce in gran parte nella descrizione di quanto accaduto diversi anni fa, ma non apporta alcun elemento medico oggettivo atto a mettere in dubbio la perizia del _____. Il suo rapporto poggia prevalentemente su elementi soggettivi descritti dall'assicurato e non su una valutazione medica oggettiva quali l'AMDP System (per stabilire lo stato psichico) e il Mini ICF-APP (per stabilire gli eventuali deficit funzionali; cfr., su questo aspetto, la STF 8C_320/2023 dell'11 aprile 2024, al consid. 5.1, con rinvio alla STF 8C_398/2014, consid. 4.3.2, pubblicata in SVR 2015 IV n. 10: "[...] Die Untersuchung gestützt auf die ICF-APP (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit praxisgemäss herangezogen werden darf (SVR 2015 IV Nr. 10 S. 27, 8C_398/2014 E. 4.3.2), ergab keinerlei Auffälligkeiten [...]"). Le valutazioni del curante non presentano l'indicazione di eventuali deficit psichici e funzionali con influenza della capacità di lavoro dell'assicurato. Del resto non va dimenticato che un'opinione divergente di un medico curante non è sufficiente a rimettere in discussione l'accertamento dei fatti operato dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. fra molte, la sentenza 9C_337/2023 del 22 agosto 2023 consid. 3.3.2). Rimangono riservati

i casi in cui i curanti evidenziano elementi oggettivamente verificabili, ignorati dalla perizia (sul tema cfr. sentenza 8C_365/2023 del 23 aprile 2024 consid. 4), che non sono però dati nel caso in rassegna (cfr. STF 9C_418/2023 del 4 settembre 2024, consid. 5.2.1.). Ciò vale a maggior ragione per quanto concerne le generiche attestazioni di un'incapacità lavorativa del 100% rilasciate dal dr. med. _____, FMH medicina interna. 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 (cfr. STF 9C_178/2024 del 28 marzo 2024, con rinvio alla STF 9C_96/2022 dell'8 agosto 2022, consid. 6.3; STF 9C_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; sulla prudenza dell'opinione del medico curante a causa dei particolari legami che ha con il paziente: DTF 125 V 351 consid. 3b/cc; STF 9C_337/2023 del 22 agosto 2023 consid. 3.3.2). Inoltre, relativamente alla diversa valutazione della capacità lavorativa dei curanti, essa è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti: a scopo di trattamento piuttosto che di perizia (cfr. sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Come rileva anche l'Ufficio AI, inoltre, secondo la giurisprudenza federale non è tanto importante la diagnosi quanto le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti). Non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 9C_572/2023 del 18 giugno 2024 = SVR 2024 IV 46; STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Per quanto concerne i fattori psicosociali fatti valere in sede di ricorso e dal dr. med. _____, va rammentato che secondo la giurisprudenza se il quadro clinico è influenzato da fattori psicosociali e socioculturali, di questi ultimi va fatta astrazione quali fattori non invalidanti e, quindi, non assicurati, nella misura in cui influenzano direttamente la sintomatologia e non mantengono soltanto indirettamente un danno alla salute (autonomo) oppure ne aggravano le conseguenze (esistenti indipendentemente dagli elementi estranei all'invalidità; STF 8C_14/2017 del 15 marzo 2017, consid. 5.3 [pubblicata in SVR 2017 IV 63; STF 8C_544/2022, del 3 marzo 2023, consid. 2.4]). In relazione all'assenza di contatto tra il perito ed il dr. med. _____, va evidenziato come l'Ufficio AI ha acquisito agli atti i documenti medici necessari ed ha interpellato il dr. med. _____. Da una nota di un funzionario dell'amministrazione figura tuttavia che “ ha telefonato il Dr. _____ dicendo che non è in grado di compilare il rapporto medico, in quanto non riesce più a rintracciare l'assicurato ” (pag. 313 incarto AI). Da parte sua il perito, Dr. med. _____, ha esaminato tutta la documentazione medica a sua disposizione ritenendo, come è sua facoltà (sul tema cfr. anche STF 9C_273/2018 del 28 giugno 2018, consid. 5.2.2 pubblicata in SVR 2018 IV n. 76, con rinvio alla STF 8C_794/2017 del 27 marzo 2018, consid. 4.2.1), non essere necessario prendere contatto diretto con lo psichiatra curante (cfr. anche STF 8C_150/2022 del 7 novembre 2022, consid. 11.2.2). Circa l'assenza di accertamenti strumentali sullo stato cerebrale, va evidenziato come rientra nel potere di apprezzamento

dei medici incaricati di allestire la perizia effettuare gli esami ritenuti necessari. Nel caso di specie i periti, ai quali è stata messa a disposizione la perizia del _____ del 22 luglio 2002, comprensiva della storia clinica e delle diagnosi allora poste (cfr. pag. 4 della perizia del 26 ottobre 2023, pag. 444 incarto AI: “ c.p.c. tutti i consulenti ”), non hanno evidentemente ritenuto utile procedere con tale tipo di esame. Per quanto concerne la circostanza che i periti del _____ fanno risalire il miglioramento dello stato di salute al 1° dicembre 2004, quando è stata eseguita una valutazione neuropsicologica per l’Ufficio della Circolazione e senza che in quell’occasione fossero stati somministrati test specifici, questo Tribunale evidenzia che se da una parte l’esame tendeva unicamente a verificare l’idoneità alla guida, d’altra parte esso, come sottolineato nella perizia del 26 ottobre 2023 è comunque significativo. Il dott. _____ rileva come “ le prestazioni dell’assicurato all’esame neuropsicologico appaiono poco coerenti e poco plausibili. Come descritto al punto 4.3 le prove di validità e l’analisi qualitativa delle prestazioni ai test mostrano risultati anomali e indicativi di produzione intenzionale o aggravamento dei disturbi cognitivi. Va inoltre segnalata una rilevante discrepanza cognitivo-comportamentale: l’assicurato ottiene ai test neuropsicologici prestazioni deficitarie che indicherebbero la presenza di disturbi di memoria, dell’attenzione, delle capacità strategiche e di pianificazione, del linguaggio espressivo e recettivo e delle abilità costruttive e visuospaziali. Questi risultati sono però in contrasto con quanto osservabile dal comportamento tenuto dall’assicurato durante l’esame e con quanto da lui stesso riferito. Ad esempio, nella conversazione spontanea l’assicurato ha dimostrato di comprendere ogni richiesta e si è espresso con eloquio fluente e privo di anomalie (aspetti in contrasto con i deficitari punteggi ottenuti ai test di fluenza verbale e di denominazione). Inoltre, l’assicurato ha riferito di giocare a scacchi e di essersi organizzato autonomamente per raggiungere la sede della visita (elementi in contrasto con gli scarsi punteggi ottenuti ai test di memoria, di attenzione, visuospaziali e di pianificazione). Infine, vi è una grande discrepanza fra le prestazioni fornite dall’assicurato alle due precedenti valutazioni. Al primo accertamento, in occasione della prima perizia _____ del 2002, l’assicurato aveva mostrato prestazioni molto gravi, tali da giudicarlo abile al lavoro solo al 50% in ambito protetto. In occasione del secondo accertamento, eseguito due anni dopo su richiesta dell’Ufficio della Circolazione (verosimilmente per la richiesta di rilascio della licenza di condurre da parte dell’assicurato), le prestazioni sono risultate globalmente normali. È alquanto raro che gravi e invalidanti disturbi dovuti a lesioni cerebrali si normalizzino, per di più in un lasso di tempo relativamente breve. È altrettanto inusuale che un profilo normale torni ad essere caratterizzato da gravi deficit in assenza di nuovi elementi organici in grado di spiegare questo peggioramento. È anche possibile notare che l’assicurato ha mostrato prestazioni deficitarie quando valutato nel contesto delle perizie AI (nel 2002 e in occasione del presente accertamento) e prestazioni normali ad un esame svolto per accertare la sua idoneità alla guida di veicoli (2004) ”. Il perito ha di conseguenza indicato nel dettaglio i motivi per i quali anche dal punto di vista neuropsicologico in ogni caso dal mese di dicembre 2004 non vi era più alcuna incapacità lavorativa. Non trova conferma neppure la censura del ricorrente secondo la quale i periti del _____ non si sarebbero confrontati con la perizia precedente del 2002. I periti sono infatti stati chiamati a pronunciarsi in relazione ai cambiamenti dello stato di salute del ricorrente rispetto alla situazione presente oltre 20 anni prima, circa la data del presumibile cambiamento e sull’incidenza che questo ha avuto sulla capacità lavorativa dell’insorgente (pag. 44-45 della perizia). Gli specialisti hanno affermato che d al punto di vista reumatologico l’assicurato non ha percepito prestazioni antecedentemente per problematiche all’apparato

muscolo-scheletrico di pertinenza reumatologica e anche attualmente non presenta limitazioni funzionali che portino a delle incapacità lavorative. Dal punto di vista neurologico non vi sono modifiche rispetto a quanto descritto nel 2002. Dal punto di vista neuropsicologico l'esame del 2002 documentava disturbi importanti a livello cognitivo-comportamentale: questi disturbi sono scomparsi due anni dopo e alla valutazione del 1.12.2004, il profilo dell'assicurato è risultato globalmente normale. Dal punto di vista psichiatrico lo stato di salute dell'assicurato è rimasto invariato dal 2004 in avanti. Il dott. _____, come visto, nel suo consulto si è inoltre approfonditamente confrontato con gli esiti degli esami della precedente perizia ed ha spiegato per quali motivi, perlomeno dal 1° dicembre 2004, vi è stato un miglioramento dello stato di salute. Per quanto concerne la circostanza che il dott. _____ ha visitato l'insorgente solo in un'occasione mentre il dr. med. _____ solo due volte, ancora recentemente nella STF 9C_418/2023 del 4 settembre 2024, al consid. 5.2.1. il Tribunale federale ha rammentato che non è la durata di una visita o quella per stendere il susseguente rapporto che sono decisivi per dare pieno valore probante a una perizia ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1 e 125 V 351 consid. 3, in particolare sulle perizie affidate dagli organi AI ai medici specializzati esterni cfr. DTF 137 V 210). La giurisprudenza ha altresì già indicato che neppure la circostanza che un assicurato non sarebbe stato visitato dai medici dell'AI, rispettivamente da un perito a cui è stato dato mandato, consente di inficiarne le conclusioni (cfr. sentenza 8C_500/2022 del 4 maggio 2023 consid. 3). Il ricorrente non può essere seguito laddove sostiene che i periti non indicano il motivo per il quale l'assicurato sia in grado di svolgere qualsiasi attività lavorativa, contrariamente a quanto sostenuto nel referto del 2002. Accertato che l'insorgente non è affetto da alcuna patologia con influenza sulla capacità lavorativa, la logica conseguenza è la totale capacità lavorativa in qualsiasi attività. Ciò, contrariamente a quanto sembra ritenere l'insorgente, è del resto stato comprovato con la prova al riallenamento di 6 mesi, dapprima al 65% (gennaio-marzo 2024) ed in seguito al 100% (aprile-giugno 2024) presso il _____, dove l'assicurato è stato in grado di svolgere l'attività di aiuto cucina a piena soddisfazione del proprio datore di lavoro. Ciò in un ambiente che, seppure piccolo e familiare, ha permesso al consulente in integrazione di fornire una valutazione della capacità lavorativa del ricorrente nel mercato libero del lavoro. Il 21 giugno 2024 il consulente nel rapporto intermedio ha infatti affermato che “ il feedback ricevuto dal nuovo gerente del locale è positivo. RI 1 si è dimostrato una persona affidabile, precisa e pulita nell'esecuzione di tutti i lavori assegnati. Nonostante non abbia formazioni specifiche come aiuto cucina è un valido collaboratore a tutti gli effetti. Ha un rendimento pieno con presenza al 100%. Ha eseguito i lavori di: lavaggio stoviglie, preparazione piatti freddi, preparazione alimenti per la cucina e servizio, mise en place, riordino, pulizia e stoccaggio merce. Durante questo provvedimento ha lavorato molto bene e si è sempre impegnato. I giorni di assenza durante tutto il provvedimento sono stati 4 (principalmente visite mediche). L'assicurato riferisce di avere sempre gli stessi malesseri ma fortunatamente i controlli fatti di recente a livello cardiologico non hanno riscontrato problemi. Mentre sul posto di lavoro non ha avuto nessun problema e/o difficoltà. Si è sempre recato sul posto con i mezzi pubblici da _____. A fine giugno si concluderà il provvedimento ed ho anticipato all'assicurato che sarà ritenuto abile nella professione di aiuto cucina, visto soprattutto il buon risultato ottenuto in questi 6 mesi. Gli ho proposto un eventuale datore di lavoro interessato ad assumere un aiuto cucina ma l'assicurato ha rifiutato. (...) L'assicurato è abile nella sua attività abituale come aiuto cucina al 100% con rendimento pieno ” (pag. 575 incarto AI). Anche il responsabile del progetto, _____

ha affermato che nel “ periodo preso in considerazione abbiamo potuto apprezzare la presenza, l’impegno e le buone competenze metodologiche di RI 1, l’assicurato ha dimostrato interesse per la professione ed è stato molto apprezzato dai colleghi di lavoro e dai superiori. La cucina del ristorante _____ ha avuto un cambio di gestione a partire dall’aprile 2024, ed entrambe le gestioni ci hanno restituito lo stesso feedback sull’assicurato: - presente e puntuale –affidabile –preciso e ordinato –esegue i compiti nei tempi prestabiliti .” È vero che il responsabile afferma anche “ dobbiamo però segnalare RI 1 prima di questo periodo di potenziamento non ha mai lavorato in cucina, ragion per cui le sue competenze culinarie risultano essere limitate, avrebbe bisogno di maggior esperienza lavorativa per poter trovare un posto nel libero mercato del lavoro in qualità di “aiuto cucina ”. Tuttavia, da una parte come emerge dall’anamnesi lavorativa e come affermato dallo stesso ricorrente, all’inizio degli anni ’90 aveva lavorato come aiuto cucina. Inoltre, è compito del consulente dell’Ufficio AI stabilire se, in quale misura e per quale attività la persona assicurata è abile al lavoro. In concreto le sue conclusioni trovano conforto nelle valutazioni del _____. A questo proposito giova ricordare che la giurisprudenza ha già più volte ribadito che i dati medici permettono generalmente un apprezzamento più oggettivo del caso e prevalgono, di principio, sulle constatazioni effettuate durante, ad esempio, uno stage di osservazione dell’assicurato (cfr. STF 8C_370/2022 del 1° marzo 2023, consid. 5.4). Non possono essere d’aiuto al ricorrente neppure i nuovi referti medici prodotti nel corso dei mesi di febbraio e marzo 2025 (doc. da E ad I). Preliminarmente va rammentato che di principio è la data della decisione impugnata (in concreto il 23 ottobre 2024) che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pag. 411; STF 9C_241/2022 del 30 giugno 2022; STF 8C_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti), il quale esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Un eventuale peggioramento dello stato di salute del ricorrente successivo al 23 ottobre 2024 deve pertanto essere fatto valere tramite una nuova richiesta di prestazioni. In secondo luogo va rilevato come i nuovi referti non sono comunque atti a sovvertire le conclusioni dei periti, avvallate dai medici SMR (cfr. i rapporti del 30 ottobre 2023 e del 2 dicembre 2024). La valutazione neuropsicologica del 4 dicembre 2024, pur rilevando la presenza di deficit cognitivi di natura polisettoriale, di significative compromissioni delle funzioni attentivo-esecutive, in particolare nella velocità di elaborazione, nell’attenzione selettiva, sostenuta e nello shifting attentivo, nonché nella memoria di lavoro, nella fluenza verbale e nelle abilità strategiche, la presenza di deficit di memoria anterograda bilaterale e difficoltà nella pianificazione e nell’organizzazione strategica visuo-costruttiva, conferma, ancora una volta, che le prove di attendibilità “ evidenziano tuttavia punteggi discrepanti, che potrebbero suggerire una ridotta validità delle stesse e una possibile sovrastima della sintomatologia clinica oltre agli aspetti emotivi che possono aver influenzato l’esito del test ” (doc. E). Tale referto non inficia pertanto le valutazioni del _____ in ambito neuropsicologico, ma conferma quanto accertato anche dal perito, dott. _____, che aveva rilevato la presenza di prestazioni neuropsicologiche non attendibili per tendenza alla simulazione / aggravamento. La

presenza di aspetti emotivi è inoltre un'ulteriore elemento a comprova della poca attendibilità dei test. Il PD dr. med. _____, il dr. med. _____ e la neuropsicologa _____, come peraltro anche la dr.ssa med. _____ nel consulto del 18 febbraio 2025, hanno inoltre confermato che dal punto di vista neurologico non emergono limitazioni, rispettivamente che l'esame neurologico è nella norma (doc. E e I). La dr.ssa med. _____ ha pure rilevato che nel corso del colloquio non vi sono state evidenti turbe mnesiche o fasiche. Neppure il suo referto apporta elementi utili all'insorgente. Il rapporto del curante, dr. med. _____, del 19 febbraio 2025, si esaurisce nella descrizione dell'esito della valutazione neuropsicologica del 4 dicembre 2024, nell'indicazione dei medicinali che l'assicurato continua ad assumere e nella critica, generica, della perizia del _____. Lo specialista non si confronta con le conclusioni del referto peritale e delle successive valutazioni del 30 ottobre 2023 e del 2 dicembre 2024 dei medici SMR. Come rileva anche il dr. med. _____, il curante minimizza, genericamente e senza alcun elemento medico oggettivo, la non attendibilità dei risultati con un apprezzamento personale ("sull'attendibilità del test, risulta, come già suggerito nei miei rapporti precedenti, l'importanza degli aspetti emotivi legati al disturbo psico-organico del paziente con risonanza delle paure del paziente per la propria integrità fisica e mentale") che non trova tuttavia riscontro nel referto neuropsicologico. Infine, la RM cerebrale con Anglo-RM e con contrasto del 3 dicembre 2024, in assenza di un confronto con dati precedenti, non fa stato di una modifica a livello cerebrale, che sarebbe comunque stata oggettivata solo dopo l'emissione della decisione impugnata che delimita il potere cognitivo di questo Tribunale. Il dr. med. _____, peraltro, non certifica un'incapacità lavorativa del ricorrente in relazione con i risultati dell'esame. A questo proposito va ribadito che non è tanto determinante se vi è o meno una nuova diagnosi, quanto le sue conseguenze sulla capacità lavorativa. Su questo punto il referto è silente.

2.10. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, questo Tribunale non ha alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni della perizia pluridisciplinare del _____ del 26 ottobre 2023, le cui conclusioni sono state confermate dal medico SMR dr. med. _____ il 30 ottobre 2023 (pag. 539 incarto AI). A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2 bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-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 dell'SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Occorre pertanto concludere che l'insorgente, dal mese di dicembre 2004 era totalmente abile al lavoro in qualsiasi attività. Egli pertanto non ha più diritto ad alcuna rendita.

2.11. Va ora esaminato se la soppressione può essere confermata dal 1° giugno 2022, ossia da quando l'Ufficio AI ha sospeso in via cautelare il versamento della prestazione oppure da un periodo successivo. A tale proposito

nella decisione impugnata l'Ufficio AI ha affermato: " Ritenuto che, a prescindere dall'effettiva remunerazione, l'assicurato ha adottato dei comportamenti incompatibili con le limitazioni della capacità lavorativa risultanti all'amministrazione (come da rapporto dell'UIL e da quanto sintetizzato nella perizia del _____ acquisita nella pendente revisione) e che lo stesso non ha mai notificato il miglioramento del suo stato di salute (cfr. i pt. 1 e 2 dei formulari di revisione del 4 gennaio 2006, dell'11 marzo 2009, del 20 agosto 2013 e del 13 dicembre 2016 e del 23 luglio 2021), l'UAI ritiene vi sia stata una trasgressione dell'obbligo di informare previsto agli artt. 31 LPGA e 77 OAI. Situazione che impone dunque la soppressione a carattere retroattivo del diritto alla rendita intera dalla data del miglioramento della capacità al guadagno. Posto che, a mente dell'amministrazione, il termine relativo di cui all'art. 25 cpv. 1 LPGA è iniziato a decorrere al momento della ricezione del rapporto dell'UIL del 13 aprile 2021 ed è dunque già spirato, la presente soppressione retroattiva del diritto a rendita non implica richieste di restituzione." Per l'art. 31 cpv. 1 LPGA l'avente diritto, i suoi congiunti o i terzi ai quali è versata la prestazione sono tenuti a notificare all'assicuratore o, secondo i casi, al competente organo esecutivo qualsiasi cambiamento importante sopraggiunto nelle condizioni determinanti per l'erogazione di una prestazione. Ai sensi dell'art. 77 OAI l'avente diritto, il suo rappresentante legale, le autorità o i terzi cui è versata la prestazione devono comunicare immediatamente all'ufficio AI ogni cambiamento rilevante per la determinazione del diritto alle prestazioni, in particolare ogni cambiamento dello stato di salute, della capacità al guadagno o al lavoro, dello stato di grande invalidità, del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, del luogo di residenza determinante per stabilire l'importo dell'assegno per grandi invalidi e del contributo per l'assistenza e delle condizioni personali ed eventualmente economiche dell'assicurato. Per l'art. 88 bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a. il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b. retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'articolo 77, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare. Va ancora rammentato che per l'art. 25 cpv. 2 LPGA il diritto di esigere la restituzione si estingue tre anni dopo che l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione. Se il credito deriva da un atto punibile per il quale il diritto penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante. In concreto questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalla decisione dell'UAI. Dalla perizia del _____ 22 luglio 2002 emerge che i medici avevano ritenuto l'interessato abile solo in ambito protetto, nella misura del 50%. A motivazione del grado di incapacità lavorativa i periti avevano affermato che non vi erano possibilità realistiche di effettuare provvedimenti d'integrazione a livello professionale, in particolare a causa degli aspetti neuropsicologici, ed avevano fortemente auspicato una continuazione del supporto psichiatrico al fine di aiutare l'assicurato a " convivere con i propri deficit, soprattutto quelli concernenti il comportamento (diminuita capacità nel gestire la propria vita, impulso vitale ridotto), l'affettività (labilità emotiva, umore depresso, paure, ritiro dalla vita sociale, aumentata irritabilità e nervosismo), aspetti cognitivi (difficoltà d'attenzione e di concentrazione, aumentata affaticabilità mentale, momenti di confusione) e della personalità (diminuita autostima, perdita d'identità) " (pag. 130 incarto AI). Il 3 novembre 2020 la moglie del ricorrente, interrogata presso l'Ufficio

dell'ispettorato del lavoro poiché, malgrado fosse iscritta in disoccupazione, figuravano numerose automobili immatricolate a suo nome, ha affermato che i veicoli non sono stati acquistati da lei, ma “ da mio marito RI 1, io faccio da prestanome per esportare i veicoli verso la _____ ”. Ella ha inoltre sostenuto di non ricordarsi la cifra di acquisto dei veicoli, poiché “ dell'acquisto se n'è occupato mio marito RI 1 ”. L'interessata ha inoltre affermato che “ è principalmente mio marito che si occupa del commercio di veicoli tra la Svizzera e la _____, ripeto che il mio ruolo è quello del prestanome, per esportare i veicoli verso la _____, tutti quelli che nella lista figurano immatricolati a mio nome per meno di 60 giorni, diverse persone dalla _____ tra le quali mio marito acquistano dei veicoli (solitamente vecchi e con tanti km) in Svizzera, io li intesto a mio nome e poi l'acquirente (anche mio marito ad esempio) la guida fino in _____ e le targhe vengono date ad una terza persona che me le riporta in Svizzera. Per prestare le targhe io pretendo dai diversi acquirenti che mi paghino la tassa di circolazione e l'assicurazione per il periodo nel quale il veicolo è immatricolato, io consegno la cedola e loro provvedono al pagamento, la stessa cosa che faceva mio marito fino al 2013 .” Ella ha aggiunto che il ricorrente “ nel 2013 ha smesso di immatricolare veicoli a suo nome in quanto l'assicurazione invalidità stava eseguendo delle verifiche sulla sua attività lavorativa e dunque le auto hanno iniziato ad essere immatricolate a mio nome ” ed ha sostenuto che i pagamenti sono sempre stati eseguiti in contanti e pertanto non dispone di fatture d'acquisto. L'insorgente contesta le affermazioni di sua moglie, senza tuttavia indicare per quale motivo la sua consorte avrebbe dovuto fornire informazioni così precise e coerenti su fatti avvenuti nel corso degli ultimi anni se esse non fossero state vere. Tanto più che il 9 ottobre 2020 l'insorgente è stato controllato da una pattuglia delle Guardie di confine alla dogana commerciale di _____ mentre era passeggero di una vettura immatricolata a nome di sua moglie e guidata da un'altra persona, con l'indicazione che “ i due si accingevano all'espletamento delle formalità d'esportazione del veicolo citato ” (pag. 891 incarto AI, sottolineatura del redattore). Ora, a prescindere dalla circostanza di sapere se l'interessato ha effettivamente o meno svolto un'attività lucrativa di commerciante professionale di automobili, già il solo fatto che tra il 2008 ed il 2011 ha immatricolato, anche se solo come prestanome, ben 140 veicoli diversi, e solo per tempi relativamente brevi, denota una capacità di agire chiaramente in contrasto con gli esiti della perizia del _____ del 22 luglio 2002 e che avrebbe dovuto indurre l'assicurato ad annunciare spontaneamente all'Ufficio AI l'avvenuto netto miglioramento del suo stato di salute, ormai non più compatibile con quanto accertato alcuni anni prima in sede peritale. Miglioramento confermato dalla circostanza che nel corso degli anni ha vieppiù diradato le visite mediche (cfr. gli estratti dell'assicuratore malattie ed il fatto che l'insorgente “ [...] era stato seguito per un certo periodo dal collega psichiatra Dr. _____ di _____. Afferma di avere poi smesso di vedere lo psichiatra non ravvisandone una necessità e di avere ricominciato le consultazioni circa sei mesi fa perché non si sentiva bene a livello psichico [...] ”). A questo proposito va fatto riferimento alla STF 9C_371/2021 del 30 maggio 2022, dove il Tribunale federale al consid. 4.3.6 ha confermato che un assicurato, che era stato messo sotto osservazione ed aveva avuto comportamenti manifestamente incompatibili con lo stato di salute che l'aveva portato ad ottenere la rendita AI, non può richiamarsi alle valutazioni dei suoi, ignari, medici curanti o alla circostanza che non poteva lui stesso valutare la sua situazione valetudinaria per omettere di informare l'assicurazione invalidità del miglioramento della sua salute: " Entgegen der Vorinstanz kann sich der Beschwerdegegner unter den gegebenen Umständen weder auf die Einschätzung der Ärzte

berufen, die seinen Gesundheitszustand in Unkenntnis der Observationsergebnisse gewürdigt hatten, noch auf die Experten des Spitals B. _____, die aufgrund der Erkenntnisse aus der Überwachung und seines Verhaltens bei der Begutachtung auf Diskrepanzen schliessen mussten und den Gesundheitszustand daher nicht beurteilen konnten (vorinstanzliche Erwägung 6.3.3. S. 18 f.). Gleiches gilt für die hierauf beruhende Weiterausrichtung der Rente durch die Suva. Denn der Versicherte wusste ab dem Zeitraum der Observation selbst am besten, wie es ihm tatsächlich ging. Angesichts der ihm möglichen Aktivitäten hätte er sich vor Augen halten müssen, dass im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die ABI im Jahre 2009, wo er noch vom Autounfall traumatisiert, hoffnungslos und unglücklich in seiner eigenen, weitestgehend isolierten Welt voller Selbstvorwürfe und Schuldgefühle gelebt hatte (vgl. E. 4.1 hiervor), eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes eingetreten war, die er zu melden hatte. Eine Verletzung der Pflicht zur Meldung (vgl. etwa Revisionsformular, ausgefüllt am 12. März 2013) ist daher vorliegend ab August 2012 zu bejahen (vgl. Urteil 9C_561/2018, 9C_631/2018 vom 8. Februar 2019 E. 5.4.3 mit Hinweisen, e contrario; E. 2.2.2 hiervor). Hätte der Beschwerdegegner Meldung erstattet, ist überwiegend wahrscheinlich, dass bei entsprechend konsistentem Verhalten auch ein Gutachter die tatsächliche Verbesserung ohne Weiteres hätte feststellen können. Eine Kausalität zwischen der unterlassenen Meldung und der Weiterausrichtung der Invalidenrente ab August 2012 (vgl. E. 2.2.2 hiervor) ist daher entgegen der Vorinstanz zu bejahen. Weiterungen erübrigen sich.” In concreto pertanto l’insorgente, che non si è limitato a vendere la sua auto e ad acquistarne un’altra, ma ha immatricolato ben 140 veicoli diversi in circa tre anni per periodi di tempo assai brevi, non segnalando all’assicurazione il miglioramento del suo stato di salute, ha violato il suo obbligo di informare. A giusta ragione pertanto l’Ufficio AI ha confermato in questa sede l’immediata cessazione del versamento delle prestazioni dal 31 maggio 2022 decisa il 1° giugno 2022. Considerato che in ogni caso l’Ufficio AI ha ritenuto la richiesta di restituzione prescritta (cfr. art. 25 cpv. 2 LPG), non deve essere stabilito se la violazione dell’obbligo di informare va fatta risalire al 1° dicembre 2004 (ossia dalla valutazione neurologica presso la Clinica _____, per l’Ufficio della circolazione) o dal mese di marzo 2008 (data della prima immatricolazione di veicoli [pag. 1069 incarto AI]). In queste condizioni, il rimprovero del ricorrente all’Ufficio AI di non aver sentito la moglie ed _____ in relazione all’importazione/esportazione dei veicoli diviene privo di oggetto. 2.12. L’insorgente il 27 dicembre 2024 ha chiesto l’assunzione di ulteriori mezzi di prova, segnatamente di sentire quale teste il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, di allestire una perizia medica pluridisciplinare e di richiamare gli atti dell’Ufficio AI, della Sezione del sostegno sociale e dell’inserimento, dell’UT di _____, dell’Ufficio dell’ispettorato del lavoro e della Sezione della circolazione. Il TCA rinuncia all’assunzione di ulteriori prove. Per i motivi ampiamente esposti nei considerandi precedenti, non è necessario né sentire il dr. med. _____, né allestire una perizia pluridisciplinare. Gli atti medici prodotti dalle parti ed acquisiti dall’Ufficio AI, nonché la perizia del _____ del 26 ottobre 2023 permettono di decidere il merito della vertenza, senza l’esigenza di ulteriori accertamenti. In particolare, il referto del _____ non presta fianco a critica alcuna, è stato allestito secondo quanto prevede la giurisprudenza al termine di una procedura strutturata, che ha tenuto conto di tutti i mali di cui si è lamentato l’assicurato, dopo essere stato visitato dai vari consulenti nominati dall’Ufficio AI ed ha valutato correttamente gli indicatori relativi alla coerenza/plausibilità in rapporto alle risorse dell’assicurato. Alla medesima va attribuito pieno valore probatorio e non

necessita di alcun complemento. Un'audizione del curante, dr. med. _____, il quale si è del resto già espresso per il tramite delle prese di posizione del 13 novembre 2024 e del 19 febbraio 2025, non apporterebbe alcun elemento di novità atto a sovvertire le valutazioni peritali poiché non potrebbe che ribadire quanto più volte già affermato ed esaminato dai periti e da questo Tribunale. Il TCA rinuncia pure al richiamo degli atti auspicati dal ricorrente. L'incarto prodotto dall'Ufficio AI, completo, contiene infatti già la documentazione rilevante acquisita dall'UT di _____, dall'Ufficio dell'ispettorato del lavoro e dalla Sezione della circolazione. Il ricorrente, che richiama genericamente gli incarti da questi enti e dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, non precisa, come invece è suo dovere, quale documentazione sarebbe mancante e cosa intenderebbe comprovare con gli ulteriori documenti. In queste condizioni il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STF 9C_430/2020 del 17 marzo 2021 consid. 5.1.; STF 8C_117/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 4.3.; STF 8C_139/2019 del 18 giugno 2019 consid. 3.3.; 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; STF 8C_845/2009 del 7 dicembre 2009; STF I 1018/06 del 16 gennaio 2008 consid. 5.3.; STF U 416/04 del 16 febbraio 2006, consid. 3.2.), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

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