

TI_GERICHTE 32.2025.7 vom 6. Dezember 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-12-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.7

FR: TI_GERICHTE 32.2025.7 du 6 décembre 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2025.7 del 6 dicembre 2024

Erwägungen

E. 16

LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b; Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213). Secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222). 2.3. Il 26 ottobre 2023 (doc. 6) l'assicurato ha chiesto di beneficiare di prestazioni dall'assicurazione invalidità essendo affetto da sclerosi multipla dal 2020 e da insufficienza cardiaca, allegando alla domanda il certificato di inabilità lavorativa del 100% del 6 settembre 2023 (doc. 5) della dr.ssa med. _____, cardiologa, valido per tutto il mese di settembre 2023. Il 24 novembre 2024 (recte: 2023) (doc. 12) questa specialista, attiva presso l'Istituto _____ di _____, ha risposto alle richieste di informazione da parte dell'Ufficio assicurazione invalidità, indicando 5 diagnosi: Insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione recuperata (HFrecEF) nel contesto di cardiomiopatia dilatativa ad eziologia in corso di accertamento: FE VS 27% alla diagnosi di aprile 2023, a quel momento FE VS 40%, familiarità per morte cardiaca improvvisa, impianto di ICD monocamerale sinistro BSCI sottopettorale il 2 giugno 2023; Insufficienza aortica di grado moderato; Malattia coronarica monovasale: coronarografia del 20 aprile 2023: l'arteria circonflessa presentava una stenosi critica (70-90%) al tratto distale; Recente ictus ischemico subacuto multifocale in territorio dell'arteria cerebrale media di destra di probabile eziologia cardioembolica; Sclerosi multipla recidivante-remittente. La cardiologa ha attestato un'inabilità lavorativa del 100% per il mese di settembre 2023, del 50% per ottobre e nuovamente del 100% dal 1° novembre 2023, ha indicato il piano di cura farmacologico in atto e le limitazioni funzionali, quali evitare attività fisica intensa, limitazioni per un lavoro fisico di una certa gravosità, per il sollevamento o trasporto di pesi, non erano possibili lavori con orari pressanti o lavori con sollecitazioni psicosociali percepite soggettivamente (stress) ed evitare attività con aumento del rischio di ferite. Anche la Prof. dr.ssa med. _____, viceprimario della Clinica di

Neurologia presso _____, è stata interpellata dall'Ufficio AI e nella lettera ambulatoriale del 27 novembre 2023 (doc. 15) ha posto tre diagnosi: Sclerosi multipla recidivante-remittente con/su: dal profilo clinico: dolore scapolare destro, ipoestesia e parestesie all'arto superiore destro, esitazione minzionale, disturbo di erezione, attacco possibile 15 anni prima, EDSS: 3.0, gli accertamenti eseguiti: RM cerebrale con mezzo di contrasto (l'11 aprile 2023, il 1° febbraio 2022 e il 29 dicembre 2023) in cui le lesioni multiple demielinizzanti erano stabili, RM cervicale e dorsale il 7 aprile 2022 e il 25 febbraio 2021: lesione C2 e C3, la terapia in essere: primo ciclo di Cladribina iniziato ottobre 2022; Ictus ischemico subacuto multifocale in territorio dell'arteria cerebrale media di destra di probabile eziologia cardioembolica con/su: RM encefalo con mezzo di contrasto l'11 aprile 2023: multiple lesioni ischemiche recenti in fase di asincrona in territorio di ACM destra e territorio di confine ACM; Insufficienza cardiaca a ridotta frazione di eiezione in corso di accertamento, DD idiopatica con: ecocardiografia-TT il 20 aprile 2023: ventricolo sinistro severamente dilatato e con ipertrofia eccentrica, funzione sistolica globale severamente ridotta (27%). La neurologa ha poi attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 1° al 30 settembre 2023 e del 50% dal 1° ottobre 2023, ha indicato il piano di cura con Mavenclad e la somministrazione del secondo ciclo del farmaco a breve e le limitazioni funzionali attuali quali una fatigue moderato-severa, disturbi sensitivi alla mano destra e dolori diffusi. Infine, ha certificato nel 50% la capacità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate. Il 5 giugno 2024 (doc. 37) l'Ufficio AI ha aggiornato gli atti medici dal mese di novembre 2023 interpellando nuovamente la dr.ssa _____, la quale gli ha trasmesso le lettere ambulatoriali del 20 novembre 2023 e del 23 febbraio 2024, con i relativi esami, che ha inviato al medico curante e che in sostanza si sovrappongono alla precedente (la FE VS era del 45%). In particolare, riportano le diagnosi principali (Insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione ridotta nel contesto di cardiomiopatia dilatativa ad eziologia in corso di accertamento; Insufficienza aortica di grado moderato; Malattia coronarica monovasale) e secondarie (Recente ictus ischemico subacuto multifocale in territorio dell'arteria cerebrale media di destra di probabile eziologia cardioembolica; Sclerosi multipla recidivante-remittente; Sospetto adenoma surrenalico sinistro; Disturbo respiratorio ostruttivo in sonno di carattere misto con componente ostruttiva di entità moderata), i fattori di rischio cardiovascolari, l'anamnesi sociale, i parametri clinici, lo stato clinico, l'ECG, l'ecocardiogramma, gli esami di laboratorio, la discussione (" L'ecocardiografia odierna conferma la nota lieve disfunzione ventricolare sinistra (FE 45%) comunque nettamente migliorata rispetto all'anno scorso. (...) In sintesi, la situazione cardiovascolare appare stabile. ") e la terapia farmacologica. Lo stesso giorno (doc. 39) l'amministrazione ha richiesto anche alla Prof. dr.ssa med. _____ un aggiornamento degli atti medici dal dicembre 2023 e il 19 giugno 2024 la neurologa ha compilato l'apposito rapporto medico indicando, in particolare, un'inabilità lavorativa del 100% dalla sua precedente valutazione al 30 giugno 2024 come gestore di ristorante/bar, mentre era del 50% per l'esercizio di un'attività leggera con pause e non stressante. La specialista ha indicato che l'attività precedente era stressante con elevato carico e svolta in un ambiente molto caldo in cucina (" Gestiva bar con cucina e svolgeva lui stesso attività di cuoco ") e che i limiti funzionali erano la stanchezza fisica e mentale, il disturbo di sensibilità alla mano destra con difficoltà di compiere gesti fini (per esempio tagliare), il disturbo sfinterico e la depressione. Nell'attività abituale la capacità lavorativa era nulla, mentre in un'attività leggera l'assicurato poteva lavorare 3-4 ore al giorno. Infine, per valutare compiutamente le condizioni di salute dell'assicurato, la curante ha ritenuto importante che si integrassero le

valutazioni psichiatrica e cardiologica. L'Ufficio assicurazione invalidità ha quindi richiamato dall'Autorità regionale di protezione _____ di _____ la valutazione psichiatrica a cui l'interessato è stato sottoposto per conto di questa autorità da parte della dr.ssa med. _____ (doc. 41). Questa, dopo averlo visitato il 24 ottobre 2023, nel suo rapporto peritale del 15 gennaio 2024 (doc. 46) ha concluso che " il peritando non risulta affetto da una turba psichica, da una disabilità mentale o da un analogo stato di debolezza inerente alla sua persona. Non vengono soddisfatti i criteri per porre alcuna diagnosi di malattia psichica; non vi è quindi ad oggi, dal profilo psichiatrico, nessuna compromissione del funzionamento del peritando che possa risentire di una malattia psichiatrica. ".

Analizzata questa documentazione, nel rapporto finale SMR del 30 agosto 2024 (doc. 45) la dr.ssa _____ ha concluso che " non si dispone di diagnosi con ripercussione di lunga durata sulla capacità lavorativa dell'assicurato ", tanto che ha posto otto diagnosi concernenti i disturbi neurologici, cardiologici e psichici, ma tutte senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Essa non ha indicato delle limitazioni funzionali e ha ritenuto nulla l'incapacità lavorativa sia come gerente di birreria sia in attività adeguate. Da queste risultanze, con progetto di decisione - che annullava e sostituiva quello del 20 febbraio 2024 - del 2 settembre 2024 (doc. 48) l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurato, avendo rilevato una capacità lavorativa completa in qualsiasi attività e quindi ritenuto nullo il grado di invalidità. Con lettera ambulatoriale del 30 settembre 2024 (doc. 55) inviata all'Ufficio AI, la Prof. dr.ssa med. _____ ha criticato il rifiuto di attribuire al suo paziente una rendita di invalidità, segnalando che egli era polimorbido: presentava un quadro di cardiopatia severa, un quadro depressivo e una sclerosi multipla. Per quanto attiene all'aspetto neurologico, di sua competenza, la specialista ha attestato che " il paziente soffre di un'importante fatigue, sia sul piano fisico che mentale, un limite alla deambulazione, ed un impaccio alla motilità fine della mano dx che non rendono possibile lo svolgimento di un'attività lavorativa piena, in particolare quella precedentemente svolta di gestore di un locale. A mio avviso, la sua CL attuale è pari a circa il 50%. La mia valutazione deve inoltre essere integrata ad eventuali limitazioni cardiologiche/psichiatriche, per cui rimando ai rispettivi specialisti. ". Nelle osservazioni del 17 ottobre 2024 (doc. 57) l'assicurato ha obiettato che non è stato considerato quanto scritto dalla sua neurologa riguardo alla sua capacità lavorativa (50% con relative limitazioni), perciò ha voluto chiedere sia alla neurologa sia alla cardiologa un rapporto aggiornato. Inoltre, dall'ultima risonanza magnetica, effettuata in settembre, risulterebbero delle nuove lesioni e un peggioramento ulteriore della sua situazione, perciò si sarebbe sottoposto a nuovi esami. Infine, l'assicurato ha segnalato di essersi affidato pure alle cure dello psichiatra dr. med. _____. Il 27 novembre 2024 (doc. 60) il Servizio Medico Regionale si è pronunciato sulle osservazioni rese dall'interessato e dalla Prof. dr.ssa _____, rilevando che quest'ultima non ha allegato nuovi e aggiornati referti di esami strumentali o di diagnostica per immagini e che " l'assicurato ha ricevuto diagnosi di sclerosi multipla nel 2020, che lesioni demielinizzanti appaiono stabili agli accertamenti strumentali eseguiti negli anni a seguire, e di cui si dispone agli atti, e che tale diagnosi non ha impedito all'assicurato di lavorare nella sua attività di ristoratore fino al 28.08.2023, data in cui veniva dichiarato in fallimento. Si rammenta, inoltre, che l'assicurato ha dichiarato, nel suo curriculum (disponibile agli atti), che fino a quella data lavorava dalle 8:00 alle 24:00 ". Valutata quindi l'ultima documentazione prodotta dall'assicurato, nell'attesa di ricevere nuovi atti specialistici l'SMR ha confermato la propria valutazione finale del 30 agosto 2024. La decisione del 6 dicembre 2024 (doc. 3) che ne è seguita ha perciò

confermato il progetto di decisione di rifiuto della rendita. Con il ricorso l'assicurato ha allegato diversi nuovi atti medici. Il 27 agosto 2024 (doc. A7) la Prof. dr.ssa med. _____, della Clinica di neurologia _____ di _____, ha riferito della valutazione ambulatoriale del giorno precedente, ponendo le diagnosi già note e aggiornandole come segue: Sclerosi multipla recidivante-remittente, DD transizionale: clinica: sintomatologia attuale: fatigue, ipoestesia e parestesie arto superiore destro, ipostenia arto inferiore sinistro e disfunzione sfinterica, EDSS 4.5, terapia attuale: Cladribina: I ciclo ottobre 2022, II ciclo ottobre 2023; Sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS). La neurologa ha indicato che da maggio l'assicurato ha riportato un aggravamento della deambulazione, con pesantezza all'arto inferiore sinistro e possibilità di camminare in modo consecutivo per circa 300 metri, con successiva stanchezza di grado severo. Erano inoltre ancora presenti i disturbi urinari con episodi di incontinenza e costante insonnia gestita farmacologicamente. All'esame neurologico, la specialista ha rilevato un'ipotesibilità tattile, termica e dolorifica alla regione del polpastrello di I e II dito della mano destra, pallestesia metacarpo falangea 8/8 bilaterale, sensibilità tattile e dolorifica ridotta all'arto inferiore destro, pallestesia 7/8 bilaterale, deambulazione limitata a 300 metri, EDSS 4.5. Nella sua valutazione la viceprimaria ha trovato il paziente in condizioni peggiorate, soprattutto per la stanchezza e il limite alla deambulazione legato a un affaticamento precoce dell'arto inferiore sinistro. Era possibile che il paziente fosse in una fase transizionale di malattia verso una forma secondariamente progressiva, da indagare ulteriormente. Essa ha infine riferito di avere introdotto un nuovo farmaco (Fampyra). Il referto radiologico del 19 settembre 2024 (doc. A14) della RM della colonna per midollo nativa e della RM cerebrale nativa, confrontato con l'esame eseguito il 16 ottobre 2023, ha rilevato la " Comparsa di puntiforme iperintensità FLAIR del giro post-centrale dx; lesione T2 in C5-C6 apparentemente di nuova insorgenza. ". Il 13 novembre 2024 (doc. A13) la neurologa ha aggiornato la situazione con le risultanze della valutazione ambulatoriale del 7 novembre precedente, riproponendo sostanzialmente le stesse diagnosi e indicando gli accertamenti eseguiti per la Sclerosi multipla: RM cerebrale con mezzo di contrasto, in cui è stata individuata una nuova lesione post-centrale destra, multiple lesioni demielinizzanti; RM cervicale e dorsale, che ha rilevato una nuova lesione C5-C6, stabili lesioni C2 e C3. Il paziente le ha segnalato un ulteriore peggioramento soprattutto con una restrizione della deambulazione a 300 metri consecutivi con trascinarsi dell'arto inferiore sinistro dopo un tempo variabile di cammino, che persistevano disturbi urinari ben controllati con terapia, diversi disturbi di memoria e stanchezza molto marcata che lo limitava nelle attività quotidiane. L'esame neurologico eseguito dalla curante era immutato, la quale ha riferito anche degli esami radiologici. Nella valutazione la specialista ha osservato che l'interessato ha presentato nell'ultimo anno un aggravamento clinico, che a suo giudizio si è verificato non in modo progressivo, ma "a scalini", in particolare l'ultimo nel mese di agosto. Le RM hanno mostrato due nuove lesioni, perciò ha ritenuto di passare a un trattamento di più alta efficacia dopo le opportune verifiche. Della visita del 9 dicembre 2024 la neurologa curante ha riferito il 18 dicembre 2024 (doc. A8) con un referto che ricalca per intero il precedente, precisando che la terapia in atto, immuno-soppressiva, avveniva con Tysabri per la prima volta quel giorno e che la sintomatica ha rilevato la fatigue, trattata con Fampyra, inefficace. L'esame neurologico era immutato, così l'EDSS (4.5). Della valutazione ambulatoriale del 7 gennaio 2025 la specialista ha riferito il 10 gennaio seguente (doc. A9), indicando che quel dì è stata somministrata all'assicurato la seconda infusione di Tysabri e che era emersa la deflessione del tono dell'umore e la preoccupazione per il proprio stato di salute attuale e

futuro, sintomi per i quali l'assicurato era seguito dallo psichiatra dr. med. _____.

L'esame neurologico ha rilevato un lieve aumento del tono spastico a sinistra agli arti inferiori, tanto che la marcia, autonoma, era paraspastica a sinistra e l'indicazione EDSS era sì sempre di 4.5, ma con l'introduzione del valore A3. Infine, il 21 gennaio 2025 (doc. A12) la dr.ssa med. _____ della Clinica di neurologia, nel rispondere a dei quesiti della patrocinatrice del ricorrente, si è così pronunciata: " (...) Ora, anche ammettendo che le lesioni demielinizzanti sono stabili, è possibile affermare che la fatigue mentale e fisica può comunque essere peggiorata? (...) Il paziente presenta una malattia attiva con evoluzione radiologica in settembre 2024 e una progressione della disabilità alla scala EDSS nell'agosto 2024. La fatigue mentale e fisica comunque può evolvere anche in un contesto di stabilità radiologica della malattia, questo perché la sclerosi multipla può progredire a livello neurodegenerativo, che non è un processo visibile con la risonanza magnetica che viene effettuata a scopi clinici. (...) Qualora ci fosse ulteriore documentazione medica, chiedo alla dr.ssa _____ di indicarmi se dalla stessa emerge una situazione diversa rispetto a quella attestata precedentemente e in che misura questa incide sulla capacità lavorativa del signor RI 1. La malattia è attualmente attiva con progressione clinica della malattia (aumento del punteggio EDSS nell'agosto 2024) e progressione radiologica come evidenziato alla MRI encefalo e midollo del settembre 2024. (...). - La dr.ssa _____ indica un'incapacità lavorativa restante del 50%. - È riferita all'attività di gestore o ad altre attività adeguate allo stato di salute? Riferito ad attività adeguate allo stato di salute - È da intendersi come riduzione del tempo; del rendimento o di entrambe? Riferito di entrambe - In che misura si manifesta l'incapacità lavorativa: conferma le limitazioni espresse nel formulario del 19 giugno 2024 (lavoro leggero, non eccessivamente stressante, con pause supplementari)? Confermo le limitazioni espresse nel formulario del 19.6.2024 (...) La fatigue nei pazienti con sclerosi multipla (SM) è un sintomo complesso e multifattoriale, ma attualmente non esistono test diagnostici specifici di laboratorio o strumentali in grado di comprovare in modo oggettivo la sua presenza o intensità. ". Dal profilo psichiatrico il ricorrente ha allegato il referto del

E. 20

dicembre 2024 (doc. A5) del dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha affermato che il 7 marzo 2024 il medico di famiglia gli ha segnalato l'assicurato per una presa a carico specialistica. Con l'aggravarsi della sintomatologia neurologica l'interessato ha sviluppato un corteo sintomatologico compatibile con una Sindrome da disadattamento reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10: F43.22). Lo specialista ha indicato che già dal primo colloquio era presente una forte spossatezza fisica associata a sonnolenza diurna, apatia, umore deflesso, ansia, ritiro sociale, preoccupazione per il futuro, riduzione dell'appetito, sentimenti di vergogna e perdita della progettualità. Egli ha da subito impostato un programma di colloqui di supporto ad orientamento cognitivo-comportamentale associato a una terapia farmacologica antidepressiva con Citalopram 20mg titolata gradualmente e ipnotica con Imovane 7.5mg; a quel momento il dosaggio dell'antidepressivo era pieno. Nelle settimane precedenti la stesura del referto l'assicurato ha lamentato un peggioramento della stanchezza e un aumento della difficoltà alla marcia, difficoltà di attenzione e concentrazione con evidenza di nuove lesioni neurologiche alla risonanza magnetica, che ha portato la neurologa a una terapia di secondo livello per la sclerosi multipla. Tale peggioramento ha precipitato ulteriormente l'equilibrio umorale con l'emergenza in vari momenti di propositi suicidali tramite precipitazione. Ciò stante, " Dal profilo lavorativo il paziente risulta assolutamente inabile al lavoro al 100% ".

Per quanto concerne l'aspetto cardiologico, l'insorgente ha prodotto al TCA la lettera ambulatoriale del 12 gennaio 2025 (doc. A6), in cui la dr.ssa med. _____ ha elencato le già note diagnosi di Insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione ridotta nel contesto di cardiomiopatia dilatativa ad eziologia in corso di accertamento; Insufficienza aortica di grado lieve-moderato e Malattia coronarica monovasale. La cardiologa ha aggiornato la diagnosi di insufficienza cardiaca con i dati dell'eco-TT del 22 febbraio 2024 e dell'ecocardiografia-TT del 27 agosto 2024, esami che hanno rilevato un ventricolo sinistro di normali dimensioni e la funzione sistolica globale rimasta sostanzialmente la medesima (lievemente ridotta: FE bp 46%); il ventricolo destro, anch'esso di normali dimensioni, aveva una funzione sistolica globale lievemente ridotta (FE 39%). La diagnosi di insufficienza aortica era migliorata, essendo di grado lieve-moderato e non più moderato, visto che all'eco-TT del 27 agosto 2024 la valvola aortica tricuspide presentava una normale flussimetria anterograda, mentre all'esame del 5 ottobre 2023 v'erano alterazioni sclero-degenerative, condizionante una insufficienza di grado moderato. Ciò stante, la specialista curante ha concluso che l'assicurato era abile al lavoro al 50%, che gli era concesso esclusivamente lo spostamento di carichi di peso inferiore o uguale a 5kg e che erano da evitare attività con aumento del rischio di ferite. Era poi preferibile l'organizzazione di turni di lavoro in senso orizzontale. Alla risposta del 28 marzo 2025 (doc. III) l'Ufficio AI ha allegato le osservazioni del 27 marzo 2025 (doc. VIII/1) della dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale, la quale a sua volta ha prodotto due nuovi referti che ha raccolto nel febbraio 2025 richiamando gli atti presso l'Istituto _____ (doc. 73) e il _____ (doc. 73) e ha sottoposto allo psichiatra curante il rapporto medico da compilare (doc. 78). Il primo, del 22 maggio 2023 (doc. VIII/3) della dr.ssa _____, poneva anche le diagnosi principali e secondarie poi riportate nei successivi referti del 24 novembre 2023 e del 23 febbraio 2024 e in conclusione affermava che " A fronte del quadro clinico del paziente caratterizzato dall'assenza di sintomatologia invalidante e del lavoro del paziente non abbiamo ritenuto indicato proporre un trattamento riabilitativo. Abbiamo invece modificato la terapia introducendo Entresto 50 mg x 2/die " (pag. 4). Il secondo è il rapporto medico del 18 marzo 2025 (doc. VIII/2) del dr. med. _____, il quale ha da ultimo visitato il ricorrente il 27 febbraio 2024 (recte : 2025), ha attestato una inabilità lavorativa del 100% dal 7 marzo 2024 come gerente, ha dichiarato che l'assicurato ha sviluppato una sintomatologia ansioso-depressiva di tipo reattiva alla sclerosi multipla non responsiva alla terapia e progredita con nuove lesioni evidenziate con RM e che egli presentava una forte spossatezza fisica associata a sonnolenza diurna, apatia, umore deflesso, ansia, ritiro sociale, preoccupazioni per il futuro, riduzione dell'appetito, sentimenti di vergogna e perdita della progettualità. La terapia farmacologica era immutata così come la diagnosi ed era in corso una batteria testistica per valutare le ripercussioni sulle funzioni esecutive. Per lo psichiatra, la prognosi era " assolutamente negativa " e la terapia consisteva in colloqui di supporto psicologico, terapia antidepressiva ed ipnotica. Al momento l'assicurato non era in grado di svolgere alcuna attività, avendo difficoltà attentive, di concentrazione e di sopportazione dello stress, né di guidare. Le gravi ripercussioni psichiche della problematica neurologica l'hanno reso totalmente inabile in qualsiasi attività lavorativa. La dr.ssa med. _____ del Servizio Medico Regionale ha quindi formulato il 27 marzo 2025 (doc. VIII/1) in 32 pagine le proprie osservazioni al ricorso dopo avere esaminato attentamente tutti gli atti presenti all'incarto in parallelo con le argomentazioni del ricorso e ha espresso le proprie impressioni suddividendole per diagnosi cardiaca, neurologica e psichiatrica, affermando che: " In conclusione, per tutte le

motivazioni fin qui meglio spiegate, si conferma che alla data del parere SMR del 30.08.2024, l'assicurato potesse essere considerato abile al 100% nella sua attività abituale di gerente di birreria, in quanto le mansioni che la caratterizzano sono leggere e permettono di effettuare frequenti pause, potevano essere organizzate dall'assicurato nel rispetto delle sue esigenze di gestione delle energie, e potevano quindi essere svolte senza generare stress." (pag. 32). Alla presa di posizione del 22 maggio 2025 (doc. XIII) alla risposta di causa, l'insorgente ha allegato sia le risposte del 28 aprile 2025 (doc. A20) rese dalla Prof. dr.ssa med. _____ alle domande della sua patrocinatrice sul documento di istruttoria del Servizio Medico Regionale del 27 marzo 2025, sia il breve certificato riassuntivo del 15 maggio 2025 (doc. A19) della dr.ssa med. _____. Su questa documentazione medica aggiuntiva e sugli scritti accompagnatori della rappresentante legale dell'assicurato si è pronunciato il 2 giugno 2025 (doc. XV/1) il Servizio Medico Regionale, puntualizzando alcuni aspetti e concludendo che confermava le considerazioni riguardanti la fatigue nel suo complesso espresse nel suo parere medico del 27 marzo 2025, rilevando che in specie una delle due componenti (fatica fisica e fatica mentale) non prevaleva sull'altra. 2.4. 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, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii; STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31) . 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 probatorio, 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 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 concluzione 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 concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 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). 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 (cfr. 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; cfr. 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; cfr. consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un

rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) 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).

2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora 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; 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. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Con 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 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 e 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, lo 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). Inoltre, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 (8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “ resistenza alle terapie ”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora, invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere 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 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 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. Infine, in DTF 145 V 215 l'Alta Corte 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. 2.6. Nel caso concreto, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente rifiutato all'assicurato il diritto a una rendita di invalidità stante una capacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo Tribunale non può confermare la decisione dell'Ufficio AI senza effettuare ulteriori approfondimenti medici per quanto concerne i disturbi neurologici attinenti alla sclerosi multipla, cardiologici e psichici tuttora lamentati. Va qui subito evidenziato che il Servizio Medico Regionale ha effettuato un importante, dettagliato e molto approfondito esame della numerosa documentazione medica agli atti, in particolare con il documento d'istruttoria del 27 marzo 2025, ma non si può comunque non osservare come, ciò nonostante, la dr.ssa med. _____ sia specialista in medicina interna generale, mentre i medici curanti intervenuti lo sono in neurologia (prof. dr.ssa med. _____), in cardiologia (dr.ssa med. _____) e in psichiatria e in psicoterapia (dr. med. _____). Di conseguenza, sugli aspetti tecnici di carattere neurologico concernenti la sclerosi multipla di cui è affetto il ricorrente dal 2020, ma anche sulle limitazioni cardiologiche e le conseguenze psichiche che tale patologia gli avrebbe causato, le argomentazioni espresse dal medico SMR, siccome è specialista in altra branca, non hanno pieno valore probatorio (sul principio secondo cui la valutazione di medico non specialista in materia non può per giurisprudenza avere pieno valore probatorio, cfr. STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/ 2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; fra le ultime: STCA 32.2023.147 del 23 maggio 2024, consid. 2.11; STCA 32.2022.7 del 21 marzo 2022, consid. 2.8; STCA 32.2020.130 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.11; STCA 32.2020.109 del 30 novembre 2020, consid. 2.6). La dr.ssa _____ ha inoltre rilevato, e questa circostanza è stata anche oggettivata dalla prof. dr.ssa _____ il 27 novembre 2023, il 19 giugno 2024 e il 27 agosto 2024, che non vi sono state delle nuove lesioni demielinizzanti dal momento della richiesta di prestazioni AI nell'ottobre 2023 (la diagnosi di sclerosi multipla è stata posta nel 2020 e da allora i sintomi sono peggiorati negli anni). Tuttavia, malgrado la stabilità delle lesioni demielinizzanti, la neurologa ha constatato che il quadro clinico dell'assicurato era peggiorato: la fatigue, sia fisica sia mentale, era a quel momento di grado moderato, v'erano disturbi sensitivi all'arto superiore destro e inferiore sinistro e disturbi sfinterici che lo rendevano abile al lavoro al 50% (doc. 55). Come già nel referto del 27 agosto 2024 (doc. A7), anche nel successivo del 18 dicembre 2024 (doc. A8) la curante, all'esame neurologico, ha riscontrato diversi disturbi agli arti superiori e inferiori, in particolare una iposensibilità tattile, termica e dolorifica alla regione del polpastrello del I e II dito della mano destra, una pallestesia al metacarpo falangea 8/8 bilaterale, una sensibilità tattile e dolorifica ridotta nell'arto inferiore destro, una pallestesia 7/8 bilaterale e una deambulazione limitata a 300 m. I certificati del 18 dicembre 2024 (doc. A8) e del 15 gennaio 2025 (doc. A9), resi sempre dalla Prof. dr.ssa _____ e successivi alla decisione impugnata, hanno invece attestato che le risonanze magnetiche cerebrali, cervicali e dorsali effettuate nel settembre 2024 hanno rivelato delle nuove lesioni. Al riguardo si è pronunciata la collega dr.ssa _____ il 21 gennaio 2025 (doc. A12), affermando infatti che la malattia era attiva con progressione clinica della disabilità nell'agosto 2024 (aumento della scala EDSS) e con evoluzione radiologica nel settembre 2024 e ricordando che la " La fatigue mentale e fisica comunque può evolvere anche in un contesto di stabilità radiologica della malattia, questo perché la sclerosi multipla può progredire a livello neurodegenerativo, che non è un processo visibile con la risonanza magnetica che viene effettuata a scopi clinici. ". Se, dunque, dal 2020 non sono state poste

nuove diagnosi, da agosto 2024 v'è stata una progressione clinica della malattia riscontrata in particolare nell'enorme difficoltà di deambulazione, che era limitata a 300 metri consecutivi, nell'incontinenza urinaria, ben controllata farmacologicamente e nella stanchezza, molto marcata. Dal punto di vista terapeutico le cure somministrate all'assicurato sono cambiate almeno tre volte: Fampyra prima e Cladribina poi sono risultate inefficaci, perciò nel dicembre 2024 è stata tentata una terapia immunosoppressiva con Tysabri. Il punteggio della scala EDSS (Expanded Disability Status Scale), che nel tempo è peggiorato fino ad arrivare a 4.5 nell'agosto 2024 (nel novembre 2023 era di 3.0), è stabilito dagli specialisti sulla base dell'esame neurologico del paziente e si incentra prevalentemente sulla capacità motoria. Questo esame, come ha recentemente spiegato la Prof. dr.ssa med. _____ (doc. A20), non è in grado di quantificare e soppesare la fatigue, che invece spesso rappresenta un elemento altamente disabilitante per chi è colpito dalla sclerosi multipla e che nemmeno può essere comprovata in modo oggettivo con test diagnostici specifici di laboratorio o strumentali (doc. A12). Se è vero, come ha spiegato la dr.ssa _____, che l'EDSS è un sintomo, un dato soggettivo (pagg. 21, 22, 28 e 29), resta però il fatto che la Prof. dr.ssa _____ ha anch'essa accertato di persona durante le varie visite che l'autonomia di camminata era di soli 300 metri nell'estate 2024. Pertanto, di fronte a una patologia che può progredire a livello neurodegenerativo anche se non v'è una risonanza magnetica che attesta questo peggioramento, la circostanza che il 5 maggio 2023 l'assicurato abbia riferito alla sua cardiologa di avere effettuato una camminata di 12 km senza avere avuto dei disturbi (doc. VIII/3 pag. 5) non ha alcuna ripercussione sulla determinazione della sua capacità lavorativa. L'aver dunque preso in considerazione questo dato per concludere, il 27 marzo 2025 (doc. VIII/1 pag. 30), che " l'incremento del valore EDSS appare ascrivibile solo ai sintomi soggettivi, riferiti dall'assicurato e non obiettivamente rilevati di fatigue e riduzione della camminata fino a 300-500 mt. Si osservi con attenzione che il 05.05.2023 l'assicurato riferiva alla Dr.ssa _____ una camminata di 12 km in assenza di disturbi. " (doc. VIII/1 pag. 30), non è di conseguenza tutelabile. Non fa inoltre dimenticato che, per costante giurisprudenza, il periodo temporale di controllo giudiziario è limitato, in linea di principio, al complesso dei fatti che si è verificato fino all'emissione della decisione contestata (DTF 148 V 21 consid. 5.3, DTF 143 V 409 consid. 2.1), perciò l'SMR avrebbe dovuto esaminare lo stato di salute dell'assicurato fino a inizio dicembre 2024 e non fermarsi al 30 agosto 2024, quando ha reso il suo rapporto SMR che ha confermato anche nelle successive prese di posizione del 27 novembre 2024 e del 27 marzo 2025. Il referto del 22 maggio 2023 (doc. VIII/3) in cui la cardiologa curante ha riferito della lunga camminata dell'assicurato non era indubbiamente più attuale al momento dell'emanazione della decisione impugnata, visto che la situazione era peggiorata non solo da quel momento al 30 agosto 2024, ma anche dopo tale data e fino al 6 dicembre 2024. Il TCA osserva che il Servizio Medico Regionale, nel determinare la capacità lavorativa del ricorrente nella sua abituale attività, si è basato prettamente sul mansionario per gerenti ed esercenti approntato dal Cantone descritto sul sito www.orientamento.ch (doc. VIII/1 pag. 3 e seg.), da cui la dr.ssa _____ ha ripreso le mansioni riportate nei capitoli relativi alla "gestione e organizzazione dell'azienda", alla "cucina" e al "servizio alla clientela". Dopo avere ricordato che l'esercente deve operare nel rispetto della specifica legge sugli esercizi pubblici, essa ha concluso che " Emerge, dal presente mansionario, che l'attività di gerente è assimilabile ad una attività di intelletto, non manuale, caratterizzata da mansioni leggere che possono essere organizzate facendo in modo che siano possibili frequenti pause che consentano una efficace gestione delle energie

e dello stress. " (doc. VIII/1 pag. 4). Così invece non è stato nel caso dell'insorgente e lo stesso sito concernente la professione di Esercente, di cui l'assicurato ha prodotto un estratto (doc. A17), conferma che il lavoro dell'esercente non è prettamente intellettuale, ma può anche essere manuale. Al capitolo sulle "Condizioni di lavoro" è infatti chiaramente indicato che " Il lavoro dell'esercente varia secondo le dimensioni, il tipo di locale, l'ubicazione e la clientela che lo frequenta. Negli esercizi di piccole dimensioni può essere presente sia in cucina sia nel servizio, mentre negli stabilimenti più grandi si occupa soprattutto di organizzazione, controllo e gestione. ". E ancora: " Le giornate di lavoro sono lunghe, i ritmi irregolari, i congedi e i turni di riposo sono spesso rinviati a periodi di minor afflusso di clientela. ". Queste condizioni di lavoro delineano perfettamente ciò che si è realizzato nel caso del ricorrente, il quale ha così descritto la sua attività (doc. 35): " Essendo, oltre a gestore e gerente della suddetta ditta le mansioni che coprivano prima del danno di salute comprendevano ogni settore dell'attività mi occupavo degli ordini di acquisto, produzione e trasformazione delle derrate alimentari sia nel settore cucina che nel settore pizzeria, ero operativo anche nel settore del servizio e mi occupavo della piccola amministrazione, in quanto per quanto concerneva salari, avvs, iva e giornale cassa mi avvalevo della consulenza della Fiduciaria _____. Il mio impiego nella ditta era a 360 gradi, i miei orari da lavoro partivano dall'apertura fino alla chiusura questo era dovuto anche dal fatto che la mia abitazione familiare era sopra al locale menzionato. Tutto questo era prima del sopraggiungere della malattia, che è stata data in concomitanza del periodo covid. Il mio apporto nel seguire è stato una riduzione drastica della mia presenza in ditta, tra visite mediche e ospedalizzazioni vari ed esami di controllo e stati di malessere per la malattia abbiamo di conseguenza assunto di nuovo personale per poter svolgere tale attività i quali non sempre erano corretti basta vedere come è andata a finire.". Non è dunque corretto affermare che il ricorrente lavorava prettamente come gerente di un bar nel senso che si limitava a lavori organizzativi e gestionali della struttura, quindi di natura intellettuale. Si deve invece riconoscere che egli agiva a tutti gli effetti anche come ristoratore, visto che si dedicava a preparare i pasti sia in cucina sia in pizzeria. Per questi motivi, l'assicurato era impiegato tutto il giorno presso il suo bar, occupandosene dall'apertura alla chiusura fino a quando è insorta la sclerosi multipla. Il lavoro esercitato dal ricorrente era dunque senza alcun dubbio anche, e soprattutto, di tipo manuale e pesante, visto che doveva anche stare per gran parte del tempo in piedi, dedicandosi pure al servizio dei clienti ai tavoli. Di conseguenza, la sua capacità lavorativa doveva essere valutata nella sua reale ed effettiva attività di gerente attivo sul campo di un piccolo esercizio commerciale con un mansionario che si estendeva a tutti gli effetti, contrariamente a quanto asserito dal Servizio Medico Regionale, ben oltre al solo lavoro intellettuale. Nemmeno si può dimenticare che, a causa dell'insorgenza della malattia nel 2020, da allora l'assicurato è stato molto tempo assente dal lavoro per potere effettuare visite mediche, esami, ricoveri, visite di controllo al fine di definire esattamente la patologia e anche per inabilità lavorativa dovuta alla sclerosi multipla, perciò l'affermazione secondo cui fino al fallimento della sua società il ricorrente sarebbe stato abile al 100% con orari di lavoro dalle 8 alle 24, come indicato nel curriculum vitae (doc. 33 pag. 4), non corrisponde pienamente alla realtà dei fatti. In queste circostanze, a mente del TCA, non si può dunque escludere che la patologia di cui il ricorrente è affetto e che, come ha certificato la Prof. dr.ssa med. _____, è peggiorata da agosto 2024 per uno dei sintomi tipici della malattia, la fatigue (che, va ricordato, viene valutata mediante anamnesi mirata e non invece misurata con l'EDSS, valore che peggiora per l'aggravamento della capacità motoria e di deambulazione e non

della fatigue), e da settembre 2024 per le nuove lesioni demielinizzanti spinale C5-C6 e post-centrale destra (al riguardo, l'SMR ha insistito affermando trattarsi solo di un'apparenza e non di una certezza della presenza di queste nuove lesioni), non abbia avuto alcun influsso sulla sua capacità di lavoro, come ha invece concluso l'Ufficio AI. La fatigue, va ricordato, può avere andamento fluttuante e si riferisce sia alla fatica fisica che a quella mentale e varia in ogni paziente, potendo in alcuni pazienti prevalere una delle due componenti (doc. A20). Nel caso del ricorrente, il 30 settembre 2024 (doc. 55) la neurologa curante ha affermato che il suo paziente soffre di un'importante fatigue, sia sul piano fisico che mentale. Dagli atti risulta, poi, che il peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato è stato accertato non solo dal profilo neurologico, ma anche psichiatrico. Non si può infatti ritenere che sebbene il dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, abbia redatto nel dicembre 2024 (doc. A5) un rapporto stringato, che allora lo stato psichico del ricorrente non sia peggiorato dopo che le sue condizioni di salute si sono aggravate dal profilo neurologico e, quindi, che questa nuova situazione si sia riverberata sulla sua psiche. Il fatto che la sclerosi multipla e i farmaci assunti per tale motivo abbiano compromesso la psiche dell'insorgente incide comunque sulla sua capacità lavorativa. È indifferente quale è la causa della diminuzione della capacità lavorativa del ricorrente. Sia che essa derivi dal fatto di essere affetto da sclerosi multipla sia dai farmaci assunti per contrastarla, determinante è che il ricorrente ha sviluppato dei disturbi psichici certificati dallo psichiatra curante almeno dalla sua presa a carico del marzo 2024 e che egli ha ribadito nel suo rapporto del 18 marzo 2025, (doc. VIII/2) allestito su invito del Servizio Medico Regionale. Non si deve infatti dimenticare che l'assicurazione invalidità è un'assicurazione finale e che quindi deve considerare il danno alla salute nella sua globalità, diversamente dall'assicuratore contro gli infortuni che, quale assicurazione causale, deve tenere conto esclusivamente del danno alla salute causato dall'evento assicurato (STCA 35.2023.27 del 26 giugno 2023, consid. 2.9). La diagnosi di Sindrome da disadattamento reazione mista ansioso-depressiva (ICD-10: F43.22) posta dallo psichiatra curante, confermata ancora il 18 marzo 2025, è stata giustificata dalla forte spossatezza fisica associata a sonnolenza diurna, apatia, umore deflesso, ansia, ritiro sociale, preoccupazione per il futuro, riduzione dell'appetito, sentimenti di vergogna e perdita della progettualità che si sono sviluppati con l'aggravarsi della sintomatologia neurologica. Con il peggioramento della stanchezza e l'aumento della difficoltà alla marcia, delle difficoltà di attenzione e concentrazione con l'evidenza di nuove lesioni neurologiche rilevate dalle risonanze magnetiche, con successivo passaggio a una nuova terapia per la sclerosi multipla, il dottor _____ ha constatato che tale peggioramento ha ulteriormente aggravato l'equilibrio umorale con l'emergenza in vari momenti di propositi suicidali. Ne discende che, alla luce di queste constatazioni, la perizia della dr.ssa med. _____ dell'ottobre 2023 è largamente superata dagli eventi. Pertanto, contrariamente all'opinione dell'SMR, non la si può ritenere valida ancora un anno dopo, ovvero quando ci si deve porre, nel dicembre 2024, per stabilire le condizioni di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente. Considerato che non esistono esami strumentali che permettono di valutare la fatigue, non essendoci peraltro dei test specifici, valori di laboratorio o referti di risonanze per individuarla, è opportuno che una persona esperta in materia si pronunci sull'evoluzione sia della malattia - che sembrerebbe essere peggiorata come dimostrato dagli esami strumentali agli atti del settembre 2024, circostanza che l'SMR ha però messo in dubbio - sia della fatigue. Soltanto una persona specialista in neurologia è in grado di valutare correttamente il livello di fatigue e le conseguenze sul piano lavorativo, visto che neppure i gradi della scala EDSS, che

definiscono la disabilità, permettono di determinare l'intensità della fatigue e il suo impatto sulla capacità funzionale della persona malata. 2.7. Alla luce delle considerazioni esposte, sussistono pertanto dei dubbi sull'attendibilità delle conclusioni del Servizio Medico Regionale a cui non può perciò essere riconosciuto pieno valore probatorio, con conseguente necessità di allestire una perizia specialistica. Sebbene la dr.ssa _____ abbia sin dall'inizio seguito il caso del ricorrente e vada dato atto che nelle sue annotazioni la specialista in medicina interna generale abbia approfondito la materia, tuttavia essa è stata più volte chiamata a pronunciarsi su referti di carattere tecnico in campi che non sono di propria competenza. In conclusione, dal profilo somatico e psichico emergono elementi tali che portano a ritenere come le conclusioni cui è giunto l'SMR riguardo alla capacità lavorativa del ricorrente sia nell'attività abituale sia in altre attività adeguate si fondino su accertamenti non ancora completi e che necessitino ulteriori verifiche e approfondimenti da parte di specialisti del ramo. L'aspetto del peggioramento della fatigue psico-fisica da agosto 2024 non può infatti essere minimizzato, sebbene sia stato riconosciuto dalla neurologa curante e non anche dal Servizio Medico Regionale. Se è vero che va dato atto che non vi sarebbero esami strumentali in grado di valutare il livello di fatigue, ciò nonostante non si può comunque sostenere, con la necessaria tranquillità, che la sclerosi multipla recidivante-remittente di cui è affetto il ricorrente dal 2020 non abbia avuto delle conseguenze sulla sua capacità lavorativa. Va qui inoltre ricordato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi, ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (sull'argomento: STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012, consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche, ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste (cfr. pure la STCA 32.2023.34 del 30 maggio 2023, consid. 2.12). Non potendo perciò determinare, con indispensabile serenità, le mutate condizioni cliniche del ricorrente, certificate dalla Prof. dr.ssa med. _____ nel corso degli anni 2023, 2024 e 2025 e dal dr. med. _____ nel 2024 e nel 2025, e l'incidenza delle stesse sulla sua capacità lavorativa nel periodo che ha preceduto l'emanazione della decisione del 6 dicembre 2024, si impone il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda con un complemento istruttorio a tale riguardo. L'Ufficio AI dovrà quindi acquisire una perizia in ambito neurologico, psichiatrico e cardiologico - siccome anche quest'ultimo aspetto, valutato sin dal 2023 dalla dr.ssa _____, è contestato fra le parti - ed emettere poi un nuovo provvedimento (STCA 32.2023.147 del 23 maggio 2024, consid. 2.12; STCA 32.2023.89+90 del 29 aprile 2024, consid. 2.10; STCA 32.2023.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023, consid. 2.9). Di norma, l'incarto può essere rinviato all'Ufficio AI (DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”) (STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”) (STCA 32.2023.89+90 del 29 aprile 2024, consid. 2.10;

STCA 32.2023.61 del 21 dicembre 2023, consid. 2.7; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023; STCA 32.2023.41 del 2 ottobre 2023; STCA 32.2023.18 del 24 luglio 2023). 2.8. Stante quanto precede, la decisione impugnata deve essere annullata e gli atti rinviati all'Ufficio assicurazione invalidità per ulteriori accertamenti, in esito ai quali esso emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata. 2.9. L'art. 61 lett. a LPGA prevede che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola, pubblica. Giusta l'art. 61 lett. f bis LPGA, in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI, la procedura di ricorso dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito favorevole del ricorso (il rinvio della causa con esito aperto equivale a piena vittoria, DTF 141 V 281 consid. 11.1; STF 8C_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1), le spese sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà al ricorrente, patrocinato in causa, un'indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca), ciò che, per costante giurisprudenza federale, rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (docc. I e A15) (DTF 124 V 309 consid. 6; STF 8C_32/2012 del 14 maggio 2012; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012; STCA 32.2023.147 del 23 maggio 2024; STCA 33.2023.15 del 13 novembre 2023; STCA 33.2021.19 del 28 novembre 2022; STCA 33.2021.14 del 14 marzo 2022).

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