

TI_GERICHTE 32.2010.10 vom 10. Dezember 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-12-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.10

FR: TI_GERICHTE 32.2010.10 du 10 décembre 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2010.10 del 10 dicembre 2009

Regeste

Richiesta di una rendita intera dell'assicurazione invalidità. Nuovo rinvio all'amministrazione affinché esperisca nuovi accertamenti medici

Erwägungen

E. 28

Abs. 1 IVG ist (vgl. Urteil I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 4.2.1). Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (BGE 121 V 264 E. 6b/cc S. 274; 105 V 156 E. 2c/d S. 160 f.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, S. 236 f.)." Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI). Vi è interruzione notevole del termine di 360 giorni ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007) allorché l'assicurato è interamente abile e presenta, durante almeno 30 giorni consecutivi, una capacità al lavoro economicamente utilizzabile, senza riguardo alla sua remunerazione (RCC 1969 p. 571). Il periodo di 360 giorni non è per contro interrotto se il tentativo di ripresa del lavoro - essendo provatamente al di sopra delle forze dell'assicurato - è fallito, anche se esso è durato più di 30 giorni (RCC 1964 p. 168). 2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGa (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; sentenza del 10 gennaio 2006, I 597/04; sentenza del 27 dicembre 2005, I 689/04; sentenza del 19 ottobre 2005, I 38/05; sentenza del 14 aprile 2005, 12/04; sentenza del 24 febbraio 2005, I 528/04; sentenza del 29 giugno 2004, I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di

aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (sentenza 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). 2.6. Con sentenza di rinvio del 13 maggio 2008 (inc. 32.2007.134), cresciuta in giudicato, questo TCA ha deciso: " 7. Nel caso concreto è incontestato che l'insorgente presenta un'incapacità lavorativa totale nella sua abituale attività lavorativa. L'UAI ritiene che l'interessato, in attività leggere adeguate, con limite di trasporto di pesi (talvolta 10 kg, raramente 15-20 kg), ergonomicamente favorevoli per il tronco, senza movimenti ripetitivi sotto sforzo con gli arti superiori o movimenti frequenti di inginocchiamento, rispettivamente mantenimento prolungato di una posizione accovacciata o inginocchiata, sarebbe totalmente abile al lavoro. Da parte sua l'insorgente ritiene di non essere in grado di svolgere alcuna attività lavorativa. (...) 9. Dopo attenta analisi degli atti questa Corte ritiene che, conformemente alla giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (consid. 8), sulla base della documentazione medica sopra esposta, non si può concludere con la necessaria tranquillità che l'interessato, nel periodo determinante, sia sempre stato abile in maniera completa, dal punto di vista psichiatrico, anche in attività leggere. Certo, per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, dagli atti medici emerge che l'interessato, nel mese di marzo 2007, non presenta (più) alcuna inabilità lavorativa. Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha infatti espressamente affermato, l'8 marzo 2007, che l'interessato, in cura presso di lui dal 27 febbraio 2006, soffre di una sindrome ansioso depressiva, " episodio di lieve entità " ed ritenuto che " questo paziente da un punto di vista psichiatrico sia abile totalmente al lavoro. " (doc. AI 32-2). Lo stesso specialista ha evidenziato come l'interessato assume una " leggera psicofarmacoterapia antidepressiva " e che la " prognosi lavorativa da un punto di vista prettamente psichiatrico appare buona " (doc. AI 32-2). Tuttavia, come visto, l'interessato si trova in cura presso il Dr. med. _____ solo dal 27 febbraio 2006 (doc. AI 32-2), mentre l'inabilità lavorativa totale nella sua precedente attività di autista ha avuto inizio già il 19 aprile 2004. Non si può pertanto escludere, con la necessaria tranquillità che, perlomeno per un periodo determinato, l'interessato sia stato inabile al lavoro, parzialmente o totalmente, anche in attività leggere confacenti al suo stato di salute. Dal rapporto medico compilato dallo specialista non emerge infatti il periodo a partire dal quale l'interessato è completamente abile al lavoro anche in ambito psichiatrico. Non è neppure possibile stabilire se prima di essere in cura dal Dr. med. _____ l'insorgente fosse abile al lavoro in attività leggere dal punto di vista psichiatrico. Certo, alla domanda a sapere se l'assicurato può svolgere altre attività, il medico ha risposto affermativamente; tuttavia, chiamato a stabilire da quando, il medesimo specialista ha indicato: " da valutare ". (doc. AI 32-3) In precedenza, gli altri medici che hanno visitato l'insorgente, hanno infatti riscontrato patologie psichiatriche che potrebbero, perlomeno per un periodo di tempo limitato, determinare una totale inabilità lavorativa anche in attività leggere. Il dr. med. _____, anch'egli FMH in psichiatria e psicoterapia, si è occupato del ricorrente per il periodo da settembre 2005 a marzo 2006 (ossia fino al mese seguente in cui è stato preso a carico del dr. med. _____), ed ha attestato un'inabilità lavorativa completa dovuta alla persistenza di uno stato depressivo associato a somatizzazioni diffuse a livello articolare e crisi cefalalgiche di tipo tensivo, pur non esprimendosi esplicitamente circa la possibilità di svolgere attività leggere confacenti allo stato di salute del paziente (doc. AI 29-4). Il dr. med. _____, psichiatra, già nel corso del mese di novembre 2004 ha

affermato che “ attualmente, il disturbo del peritendo è intenso, ed è dunque possibile determinare un’inabilità totale, almeno dal punto di vista psichiatrico ” (doc. AI 1-31, pag. 8, punto 5). Certo, anche in questo caso non è chiaro se l’inabilità lavorativa cui fa riferimento lo specialista si riferisce unicamente alla professione di autista esercitata precedentemente oppure anche ad attività leggere, più confacenti allo stato di salute dell’interessato. Anche perché queste conclusioni sembrano in contraddizione con l’esito dell’esame testistico (cfr. pag. 6, doc. AI 1-29). Tuttavia l’annotazione del dr. med. _____ secondo la quale “ nella perizia del dr. _____ è stata esclusa la presenza di una patologia psichiatrica invalidante ” (doc. AI 21-2), confermata dal dr. med. _____, non trova conferma in maniera così assoluta (cfr. doc. 1-29: “ sul piano psichiatrico, non si può però escludere la presenza di una componente psichiatrica intensa e relativamente ben strutturata .”). Infine anche il dr. med. _____, psichiatra FMH del _____, ha evidenziato come l’assicurato sia affetto da una sindrome somatoforme indifferenziata – F45.1 (doc. 2-12). Alla luce della valutazioni degli specialisti questo Tribunale non può concludere con tranquillante certezza che la patologia psichiatrica, comunque diagnosticata dai medici che hanno visitato il paziente, non abbia avuto, perlomeno per un periodo di tempo determinato, un’influenza, anche importante, sull’abilità lavorativa del paziente in attività leggere, dandogli così, eventualmente, diritto ad una rendita d’invalidità a termine. Un approfondimento specialistico, su questo punto, si impone. Ciò anche alla luce del fatto che i medici hanno inoltre diagnosticato una fibromialgia e la presenza del disturbo somatoforme da dolore persistente. E’ vero che queste malattie non sono di regola atte a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un’inabilità ai sensi dell’art. 4 LAI e che le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono date in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (sentenza 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 3.2; DTF 132 V 65 consid. 4.2.1 e 4.2.2; DTF 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; DTF 130 V 352 consid. 2.2.3). Tuttavia, in presenza di un riscontro di una patologia psichiatrica, l’amministrazione non poteva limitarsi ad escludere qualsiasi influenza della patologia sull’abilità lavorativa, senza perlomeno chiedere agli specialisti ragguagli supplementari. Del resto anche gli altri medici che hanno visitato il paziente, pur non essendo psichiatri, hanno riscontrato la presenza di una patologia psichiatrica che avrebbe potuto avere un carattere invalidante (cfr. dr. med. _____, doc. AI 1-7 [depressione reattiva], Clinica di _____, doc. AI 1-10 [sindrome depressiva], dr. med. _____, doc. AI 1-20 [depressione con umore deflesso, somatizzazione, turbe del sonno, possibili tratti psicotici], dr. med. _____, doc. AI 6-1 [depressione con somatizzazione, turbe del sonno, possibili tratti psicotici], dr. med. _____, doc. AI 16-1 [fibromialgia, sindrome somatoforme indifferenziata] che ha invitato ad approfondire la problematica psichiatrica, doc. AI 16-4). Per contro sia per quanto concerne l’aspetto reumatologico, sia per quanto concerne l’aspetto ortopedico, i medici specialisti intervenuti hanno potuto escludere la presenza di un’inabilità lavorativa in attività confacenti allo stato di salute del paziente. Infatti, il dr. med. _____ (FMH in chirurgia ortopedica) ha rilevato che vi è una discrepanza tra l’entità dei disturbi soggettivi del sistema locomotore e i referti clinici e radiologici ed ha attestato una totale abilità lavorativa in attività leggere, ergonomicamente favorevoli, senza movimenti ripetitivi sotto sforzo con gli arti superiori o movimenti frequenti di inginocchiamento, rispettivamente mantenimento prolungato di una posizione accovacciata o inginocchiata con un limite di 10 kg, raramente di 15-20 kg per il trasporto di pesi. Da parte sua il dr. med. _____ ha affermato che “ dal punto di vista

reumatologico, il paziente non presenta incapacità lavorative ." (doc. 16-4). Infine, il referto del dr. med. _____ non apporta nulla di nuovo, limitandosi a rievocare le diagnosi già conosciute ma non esprimendosi sulla capacità lavorativa in attività leggere confacenti allo stato di salute del ricorrente. In simili condizioni, visto tutto quanto precede, si giustifica l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'Ufficio AI perché, ordinata una perizia in ambito psichiatrico, valuti se l'insorgente, per un determinato periodo, sia stato inabile al lavoro anche in attività leggere confacenti al suo stato di salute e se, di conseguenza, possa beneficiare, perlomeno, di una rendita d'invalidità a termine."

2.7. Nella decisione impugnata l'UAI ha attribuito all'assicurato un quarto di rendita di invalidità dal 1.11.2005, " cioè dopo un anno di carenza con inabilità media di almeno il 40% " (doc. AI 58-3), calcolato secondo il metodo di calcolo della media retrospettiva, mentre dal 1.2.2006 (3 mesi dopo l'inizio dell'inabilità lavorativa totale secondo il dr. med. _____) fino al 30.06.2006 (tre mesi dopo la fine dell'inabilità lavorativa totale secondo l'UAI) all'assicurato è stato riconosciuto un grado di invalidità del 100% e pertanto una rendita intera. In seguito dal 01.07.2006 l'UAI ha calcolato un grado d'invalidità del 23%, non pensionabile. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto in precedenza, se l'UAI ha agito correttamente. 2.8. Sulla base della sentenza del 13 maggio 2008 (inc. 32.2007.134) del TCA, l'UAI ha convocato l'insorgente presso il _____ per l'allestimento di una perizia psichiatrica (doc. AI 51-1). Con referto del 20 ottobre 2008 il Dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato il ricorrente in data 21 agosto 2008 e 11 settembre 2008, con la collaborazione del Dott. phil. _____, psicoterapeuta, e dopo aver descritto la diagnosi sociale e lavorativa dell'insorgente, l'evoluzione delle risorse e deficit, lo sviluppo della malattia e i risultati della terapia, l'anamnesi da terzi, i dati soggettivi dell'assicurato e le considerazioni obiettive, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro secondo ICD 10 di " F45.1 sindrome somatoforme indifferenziata " e " F 60.9 disturbo di personalità non specificata " oltre ad una patologia organica di sindrome lombovertebrale, tutte esistenti dal mese di gennaio 2004 (doc. AI 52-4 e seguenti). Il perito ha evidenziato quanto segue (doc. AI 52-9, pag. 8): " (...) I sintomi che il peritando presenta dal punto di vista psichiatrico si possono correttamente inquadrare nell'ambito della sindrome somatica indifferenziata (ICD 10, F 45.1). Il suo curante, dr. _____, ha attestato una IL al 100% a partire dal 19.4.2004. Altri medici hanno quindi parlato di un quadro depressivo accompagnato da fibromialgia. Gli specialisti che lo hanno visto e/o seguito per una terapia hanno presentato valutazioni diverse. Il dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha presentato un quadro che depone a favore della sindrome somatoforme indifferenziata, non escludendo nella sua perizia del 13 novembre 2004 che vi possa essere sottostante una problematica psichiatrica più importante " " Sul piano psichiatrico non si può escludere la presenza di una sindrome psichiatrica intensa e relativamente ben strutturata ". Il dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, lo ha seguito per 6 mesi (da settembre 2005 a marzo 2006), e attestando per lo stesso una IL completa. Infine il dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che lo ha avuto in cura dal 27.2.2006 ad almeno 8 marzo 2007 riporta di una sindrome ansioso depressiva di lieve entità con una capacità completa al lavoro per quanto riguarda la problematica psichiatrica. Sia quest'ultima diagnosi, sia il fatto che il peritando abbia dimostrato nei fatti (viaggio in auto di 1500 km sino in _____ come autista, ripresa del lavoro al 100% come autista a partire da maggio 2008) sembrano deporre per un recupero completo della capacità di lavoro. L'attuale perizia conferma, dal punto di vista diagnostico, la sindrome somatica indifferenziata (ICD 10, F

45.1). Resta il sospetto che, alla base della sindrome, vi possa essere un disturbo di personalità. Tale ultima diagnosi, sia per una sorta di reticenza del peritando, sia per una chiusura dovuta forse ad aspetti culturali, non può essere posta nella sua integralità dato che non compaiono tutti gli item necessari per soddisfarla, almeno per i disturbi di personalità specifici ben definiti. Lo stile del colloquio, le modalità di relazione possono permettere di avanzare perlomeno l'ipotesi clinica di Disturbo di personalità non specificato (ICD 10, F 60). Per quanto riguarda la prognosi, e per i dolori soggettivi che il p. presenta, solo una adeguata psicoterapia potrebbe tentare un approccio di cura. Tale situazione è già stata tentata e con scarso successo, per i motivi sopra citati. Considerando l'ambiente culturale di provenienza del peritando l'unico approccio possibile potrebbe essere un tentativo di ripresa della propria identità (che sembra essere molto messa in dubbio, vedi i conflitti con la moglie) in un ambito che possa essere ritenuto degno di fiducia dal peritando, che noi non possiamo però individuare. Prendiamo quindi posizione in questa sessione, dato lo spazio necessario, sulla questione della incapacità lavorativa del peritando. L'indicazione del tribunale delle assicurazioni, è, nei confronti dell'ufficio AI che gira ai periti tale compito, di valutare " se l'insorgente, per un determinato periodo, sia stato inabile al lavoro anche in attività leggere confacenti al suo stato di salute e se, di conseguenza, possa beneficiare, perlomeno, di una rendita di invalidità a termine ." Poiché è praticamente impossibile ritornare indietro nel tempo, per una sindrome come quella riportata, e valutare l'effetto in passato dei sintomi sulla IL, è stata nostra cura contattare gli specialisti che avevano a loro tempo dato i giudizi e condotto le cure, al fine di avere delle indicazioni specifiche in tale senso. Abbiamo quindi preparato due lettere (agli atti e a voi trasmesse con questa perizia), per il dr. _____ e il dr. _____, ponendo la questione " il sig RI 1 per un determinato periodo, è stato inabile al lavoro anche in attività leggere confacenti al suo stato di salute? La domanda quindi, a cui solo lei potrebbe essere in grado di rispondere per il periodo di tempo nel quale ha seguito il sig RI 1, è la seguente: Quando lei indicava che " nell'arco di tempo durante il quale è stato in cura con lo scrivente il paziente è stato inabile all'attività lavorativa in misura completa " lei intendeva tale inabilità lavorativa totale estesa anche al campo delle attività leggere, oltre al settore lavorativo consueto del peritando? Il Dr. _____ non è stato interpellato perché assente dal lavoro per motivi di salute. Il dr. _____ non ha saputo prendere posizione rispetto alla domanda posta, affermando che il lungo tempo trascorso e l'assenza di documenti, rimasti presumibilmente all' _____, dove egli non esercita più perché in pensione dal 2006, non gli permettono di rispondere in quanto non si ricorda del caso. Il dr. _____ ha invece risposto affermativamente alla domanda posta. Possiamo quindi affermare che vi sia stata una IL completa da settembre 2005 a marzo 2006, anche per attività leggere." Successivamente il perito ha risposto ad alcune domande poste dall'UAI, affermando: " (...) 1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati 1.1 a livello psicologico e mentale Traspare un leggero stato d'ansia, che si riflette nelle tensioni familiari e in un senso di insoddisfazione generale. (...) 2.1 come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale? Il peritando ha reiniziato la sua attività come autista a partire dal mese di giugno. 2.2 l'attività attuale è ancora praticabile? Sì (...) 2.6 da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro provata a livello medico di almeno il 20%? Dal 19 aprile 2004 (rapporto medico de dr. _____) 2.7 Qual è stato da allora lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? Dagli atti risulta una IL del 100% dal 19 aprile 2004 al 5 gennaio 2005 (rapporto medico dr. _____). Inabilità totale, dr _____, 13 novembre 2004 Abile completamente per _____ dal 1.3.2005 (escludendo valutazione psichiatrica) Non in

grado di riprendere il lavoro (dr. _____ 21.4.2005) Non presenta incapacità lavorative dal pdv reumatologico (dr. _____ 17.5.2005) Per quanto riguarda specificamente la patologia psichiatrica, e sulla scorta dei colloqui e delle precisazioni richieste, si ritiene che vi sia stata una IL, anche per attività leggere, del 100% dal mese di settembre 2005 a marzo 2006 (Cfr. le considerazioni al punto A 5 Valutazione e prognosi) Dopo di allora, sia sulla scorta degli atti che dell'attuale perizia, si considera che vi sia una capacità lavorativa totale." (doc. AI 52) Il 5 novembre 2008, il dr. med. _____, medico SMR, nel suo rapporto medico ha confermato la diagnosi di sindrome somatoforme indifferenziata e disturbo di personalità non specificato, affermando: " Dalla perizia psichiatrica eseguita dal Dr. _____ in data in agosto/settembre 2008 su incarico del Centro peritale per le assicurazioni sociali per l'UAI si evince che nell'A. a livello psicologico stato d'ansia che si riflette nelle tensioni famigliari e in un senso di insoddisfazione generale, mentre a livello fisico lamenta una serie notevole di dolori alla schiena, ai gomniti, ai piedi alla testa che si accentuano durante l'attività lavorativa. L'A. ha iniziato la sua attività come autista a partire dal mese di giugno 2008 e attualmente questa attività è ancora praticabile per 8,5 ore al giorno. Dagli atti risulta che l'A. è stato inabile nella misura totale dal 19.04.2004 al 05.01.2005 (Dr. _____), IL 100% dal 13.11.2004 (Dr. _____), CL 100% dal 01.03.2005 (_____, escludendo la valutazione psichiatrica), CL 100% (Dr. _____), IL 100% (Dr. _____). Per quanto riguarda la patologia psichiatrica si ritiene che vi sia stata una IL, anche per attività leggere, nella misura del 100% dal settembre 2005 al marzo 2006. Da allora si considera che per l'A. vi sia una CL. Totale in ogni attività lavorativa." (doc. AI 53-2) Con decisione del 26 agosto 2009 l'UAI ha deciso: " (...) A seguito della sentenza datata 13.05.2008 del tribunale Cantonale delle Assicurazioni di Lugano si è esperita una perizia specialistica presso il centro peritale delle assicurazioni sociali. I periti, mediante tale esame, hanno reputato che l'assicurato abbia presentato, per la patologia psichiatrica, una totale inabilità in qualsiasi attività unicamente per un periodo limitato, ossia dal mese di settembre del 2005 alla fine del mese di marzo del 2006. Per le altre patologie possiamo confermare quanto avevamo a suo tempo già notificato mediante la nostra decisione del 14.03.2007, vale a dire che l'assicurato, a parte il succitato periodo di totale inabilità dovuta all'affezione psichiatrica, presenta un grado d'invalidità pari al massimo al 23% (egli è stato difatti ritenuto abile al 100% in attività adeguate alle proprie limitazioni fisiche). (...) Visto che dal mese di aprile del 2004 è riconosciuta un'incapacità al guadagno pari al 23% viene utilizzato il metodo di calcolo della media retrospettiva. Decidiamo pertanto: Preso in considerazione quanto sopra esposto, dal 01.11.2005, cioè dopo un anno di carenza con inabilità media di almeno il 40%, il signor RI 1 ha diritto al quarto di rendita d'invalidità (grado 42%). Dal 01.02.2006, dopo 3 mesi (art. 88 OAI), limitatamente al 30.06.2006, all'assicurato è riconosciuto un grado d'invalidità del 100% e, pertanto, una rendita intera. In seguito, dal 01.07.2006, il grado AI massimo riconosciuto è del 23%; non raggiungendo questi la percentuale minima pensionistica del 40%, il diritto ad ulteriori prestazioni da parte dell'AI sotto forma di rendita non esiste. Su richiesta scritta si resta a disposizione per valutare il diritto ad un aiuto al collocamento e/o un'introduzione al posto di lavoro." (doc. AI 65) Sulla base della citata documentazione, ai fini di chiarire la fattispecie, con scritto del 30 aprile 2010 il TCA ha interpellato l'UAI, chiedendo quanto segue: " con riferimento alla vertenza a margine le chiediamo di voler sottoporre al dr. med. _____, per il tramite del Centro peritale per le assicurazioni sociali, la seguente domanda e di far prendere posizione al medico SMR sulla risposta del perito: " Egregio dr. med. _____, i n seguito alla sentenza di rinvio

del 13 maggio 2008 di questo Tribunale, il 20 ottobre 2008 ha allestito una perizia psichiatrica. Alle pagine 9 e 10 della perizia ha affermato che essendo “praticamente impossibile ritornare indietro nel tempo, per una sindrome come quella riportata, e valutare l’effetto in passato dei sintomi sulla IL, è stata nostra cura contattare gli specialisti che avevano a loro tempo dato i giudizi e condotto le cure, al fine di avere delle indicazioni in tal senso.” e, dopo aver preso atto delle risposte dei medici interpellati, ha concluso che vi è “stata una IL completa da settembre 2005 a marzo 2006, anche per attività leggere”. Le chiediamo di voler precisare sulla base di quale documentazione ha stabilito che l’IL completa era presente solo fino a marzo 2006.” Vi chiediamo inoltre di trasmetterci le risposte del dr. med. _____ e del dr. med. _____ che il dr. med. _____ afferma di aver allegato alla perizia .” (doc. VIII) Il 28 maggio 2010 l’UAI ha trasmesso al TCA una lettera del 19 maggio 2010 del dr. med. _____ e le annotazioni del 20 maggio 2010 del medico SMR, affermando inoltre che: “ (...) In merito agli scritti dei medici Dr. _____ e Dr. _____, il Dr. _____ ci ha comunicato che negli archivi del CPAS vi è unicamente la perizia psichiatrica 20.10.2008 senza i citati scritti e che neppure il Dr. _____, da lui sentito telefonicamente, ne ha conservato una copia. Il direttore del _____ ci ha inoltre informato di aver contattato i colleghi Dr. _____ e Dr. _____, ma che purtroppo neppure loro ne hanno tenuto una copia.” (doc. X) Da parte sua il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del centro peritale per le assicurazioni sociali, ha affermato: “ (...) Per i periodi precedenti alla data della perizia, come già scriveva il Dr. _____, si è fatto riferimento a quanto indicato da altri colleghi psichiatri. L’inabilità lavorativa completa per motivi psichiatrici è accertabile, al di là di ogni dubbio solo fino a marzo del 2006 e cioè fino a quando il Dr. _____ ha tenuto in carico il paziente. In questo lasso di tempo lo stesso dr. _____ certificava e ribadiva un’inabilità lavorativa per qualsiasi attività. Per i periodi successivi il paziente è passato dallo psichiatra Dr. _____. Nello scritto di marzo 2007 il collega riferiva un’incapacità lavorativa del 100%, facendo riferimento a non meglio specificati rapporti antecedenti. Tuttavia diagnosticava una sindrome ansioso-depressiva, episodio di lieve entità e scriveva esplicitamente: “ riteniamo che questo paziente da un punto di vista psichiatrico sia abile totalmente al lavoro ” e nell’allegato rispondeva che da un punto di vista psichiatrico non esisteva una diminuzione del rendimento lavorativo e che l’assicurato era in grado di svolgere altre attività. Nel rapporto non compare una descrizione di decorso con l’evoluzione dei sintomi, per cui non ci è dato sapere se e come, durante la presa in carico, si sia modificata la diagnosi e le conseguenze sulla capacità di lavoro. Purtroppo questo rapporto del Dr. _____ non può essere meglio integrato richiedendo una sua opinione in merito, poiché egli ha cessato l’attività. Riassumendo abbiamo con certezza un’inabilità lavorativa completa sicuramente fino a marzo 2006, (Dr. _____). Da marzo 2006 all’8 marzo 2007 (data dello scritto del Dr. _____) le inabilità lavorative sono dubbie, vista la diagnosi di lieve entità posta dal Dr. _____. Con certezza però dall’8 marzo 2007 in avanti non vi è più nessuna incapacità lavorativa, stando a quanto scrive chiaramente in quella medesima data il Dr. _____.” (doc. X) Da parte loro il dr. med. _____, FMH medicina generale e la Dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, entrambi medici SMR, hanno affermato che “ in considerazione della valutazione peritale e della documentazione a disposizione una inabilità lavorativa oltre 3.2006 non risulta documentata né plausibile .” (doc. X). Il 16 luglio 2010 il TCA ha interpellato la dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia _____., subentrata al dr. med. _____, chiedendole: " il nostro

Tribunale è chiamato a statuire in merito ad un vertenza concernente RI 1, nato il _____ e (perlomeno) dal 2006 al 2007 in cura presso il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale ha cessato la sua attività lucrativa e dal quale lei ha ritirato lo studio medico. Dai nostri atti emerge che il dr. med. _____, l'8 marzo 2007 ha compilato un rapporto medico all'attenzione dell'Ufficio assicurazione invalidità dove ha indicato che RI 1 era affetto da una " sindrome ansioso depressiva, episodio di lieve entità " e che " da un punto di vista psichiatrico " era " totalmente abile al lavoro ". Ai fini del giudizio le chiediamo, se in suo possesso, di trasmetterci copia della cartella medica di RI 1, e, se possibile, sulla base della citata cartella medica, di rispondere alle due seguenti domande: 1. Per quale patologia RI 1 è stato in cura presso il dr. med. _____? 2. Prima del mese di marzo 2007 RI 1 è stato incapace al lavoro a causa della patologia descritta alla domanda 1 (in che periodo)? In caso di risposta affermativa, in che misura era incapace al lavoro nella sua precedente attività e in che misura era incapace al lavoro in qualsiasi altra attività leggera ed adatta al suo stato di salute?" (doc. XIV) Il 26 luglio 2010 la dr.ssa med. _____ ha affermato: " (...) 1. Per quale patologia RI 1 è stato in cura presso il dr. med. _____? - sindrome mista ansioso – depressiva (ICD-10:F41.2) - Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10:F45.4) - Conflittualità di coppia (ICD-10:Z63.0) 2. Prima del mese di marzo 2007 RI 1 è stato incapace al lavoro a causa della patologia descritta alla domanda 1(in che periodo)? - Dai dati assunti dalla cartella clinica non è possibile rispondere a questo quesito." (doc. XX) 2.9. Va qui evidenziato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124; sentenza del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e sentenza inedita del 23 settembre 2004, I 384/04). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato

psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (sentenza del 29 settembre 1998, I 148/98, pag. 10 consid. 3b) Secondo la giurisprudenza del TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (sentenza del 18 ottobre 1999, I 441/99 e del 29 settembre 1998, I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) in un'altra sentenza del 23 aprile 2004, in lingua italiana, I 404/03, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso,

nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004 l'allora TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza 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 (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.:

pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (sentenza del 19 maggio 2006, I 873/05) In una sentenza 9C_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. _____, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. _____ (DTF 132 V 165 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)" A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: " (...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la

maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus malade. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." Va ancora evidenziato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (sentenza del 26 agosto 2004, I 355/03, consid. 5; sentenza del 25 febbraio 2003 nelle cause U 329/01 e U 330/01; 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 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; sentenza del 18 marzo 2002, I 162/01, consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e

sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; sentenza del 26 agosto 2004, I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (sentenze del 25 febbraio 2003 nelle cause U 329/01 e U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Se e vi sono 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 (sentenza del 25 febbraio 2003, U 329/01 e U 330/01). 2.10. Premesso che nella precedente sentenza del 13 maggio 2008 questo Tribunale ha già stabilito che le parti erano concordi nel ritenere che l'interessato fosse completamente incapace al lavoro nella precedente attività di autista e che dal punto di vista reumatologico ed ortopedico l'interessato fosse completamente abile in attività leggere (cfr. consid. 7 e 9 della citata sentenza), il TCA deve verificare se lo stato di salute del ricorrente, dal punto di vista psichiatrico, è stato accuratamente vagliato dall'UAI. Dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, il TCA ritiene che neppure in questa occasione l'UAI abbia esaminato accuratamente lo stato di salute del ricorrente nel periodo precedente il miglioramento dello stato di salute che, già in occasione della sentenza del 13 maggio 2008, era stato fissato, al più tardi, al mese di marzo 2007. Infatti, come rileva anche il ricorrente, l'UAI, dopo aver fatto allestire una perizia psichiatrica ad opera del dr. med. _____,

invece di chiarire maggiormente ed approfondire le questioni lasciate aperte in seguito alle risposte in parte lacunose dei medici interpellati dal perito, e meglio il dr. med. _____ ed il dr. _____, e di eseguire accertamenti per quanto concerne il periodo di cura presso il dr. med. _____, sulla base delle considerazioni del medico SMR, dr. med. _____, ha concluso per un'abilità lavorativa totale dal settembre 2005 al marzo 2006 sulla base di documentazione in parte lacunosa. Dalla perizia del 20 ottobre 2008 del dr. med. _____ è infatti possibile unicamente dedurre, come del resto questo TCA aveva già evidenziato nella precedente sentenza del 13 maggio 2008, che al più tardi nel corso del mese di marzo 2007 l'insorgente era totalmente abile al lavoro dal punto di vista psichico, ossia da quando il medico psichiatra curante, dr. med. _____, ha rilasciato il certificato dell'8 marzo 2007 dove ha precisato di ritenere che " questo paziente da un punto di vista psichiatrico sia totalmente abile al lavoro " (doc. AI 31). Questa conclusione emerge anche dalla cartella medica prodotta dalla dr.ssa med. _____ subentrata al dr. med. _____, e dove figura che l'ultima annotazione circa le sofferenze lamentate del paziente è del 12 febbraio 2007 (doc. XX/3), come attestato l'8 marzo 2007 (cfr. doc. XX/7, pag. 2), dove alla richiesta di indicare la data dell'ultima consultazione lo specialista ha annotato " 12.02.2006" (recte: 2007) e da cui emerge che in quel momento l'assicurato era affetto unicamente da una sindrome ansioso depressiva, episodio di lieve entità (doc. XX/7). Per il periodo successivo al marzo 2007 non vi sono invece agli atti documenti di medici psichiatri che attestino un ulteriore peggioramento dello stato di salute ed in particolare un'incapacità lavorativa. Questa conclusione viene pure confermata dal dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia il quale interpellato dal TCA ha evidenziato che " con certezza però dall'8 marzo del 2007 in avanti non vi è più nessuna incapacità lavorativa, stando a quanto scrive chiaramente in quella medesima data il Dr. _____ ." (doc. X). Del resto il medesimo ricorrente, malgrado ne abbia più volte avuto la possibilità e malgrado abbia preannunciato l'invio di ulteriore documentazione in sede di ricorso, non ha più prodotto alcun certificato medico attestante un'incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico successiva all'8 marzo 2007. L'attestazione del medico curante, dr. med. _____, FMH medicina generale, del 25 aprile 2007 già agli atti (doc. AI 36-17), non è infatti stata ritenuta sufficiente dal TCA nella precedente sentenza del 13 maggio 2008. Non va del resto dimenticato 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 (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.4). Non va poi dimenticato che ancora di recente, con sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale in un caso dove l'assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). In concreto pertanto questo Tribunale, sulla base della perizia del 20 ottobre 2008 del dr. med. _____ (doc. AI 52-2), delle risposte del 19 maggio 2010 del dr. med. _____ (doc. X/1) e del certificato dell'8 marzo 2007 del dr. med. _____ (doc. XX), ribadisce che al più tardi nel corso del mese di marzo 2007 vi è stato un

miglioramento dello stato di salute psichico del ricorrente che ha portato l'insorgente ad essere nuovamente completamente abile in attività leggere. Per quanto concerne il periodo precedente invece, sempre sulla base della perizia del dr. med. _____, va evidenziato quanto segue. Innanzitutto sia il perito dr. med. _____ che il medico SMR, dr. med. _____, hanno accertato che dal mese di settembre 2005 al mese di marzo 2006 l'insorgente dal punto di vista psichico era completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività lavorativa. Ciò sulla base delle affermazioni del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha avuto in cura il ricorrente nel corso del citato periodo (cfr. doc. AI 52-10:” Il dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, lo ha seguito per 6 mesi (da settembre 2005 a marzo 2006), e attestando per lo stesso una IL completa .”). Il perito, per il periodo successivo, ossia da aprile 2006 a marzo 2007, non ha interpellato il dr. med. _____, poiché ammalato e si è limitato a sostenere che l'inabilità completa è cessata nel corso del mese di marzo 2006 (ossia da quando l'insorgente non si è più recato dal dr. med. _____), senza tuttavia alcuna spiegazione convincente. Interpellato dal TCA, il Centro peritale per le assicurazioni sociali, per il tramite del dr. med. _____, ha affermato che nel rapporto dell'8 marzo 2007 del dr. med. _____, “ non compare una descrizione di decorso con l'evoluzione dei sintomi, per cui non ci è dato sapere se e come, durante la presa a carico, si sia modificata la diagnosi e le conseguenze sulla capacità di lavoro ”, aggiungendo che lo specialista ha nel frattempo cessato l'attività e concludendo che “ abbiamo con certezza un'inabilità lavorativa completa sicuramente fino a marzo 2006 (dr. _____). Da marzo 2006 all'8 marzo 2007 (data dello scritto del Dr. _____) le inabilità lavorative sono dubbie, vista la diagnosi di lieve entità posta dal Dr. _____ .” (doc. X/1). Questo Tribunale ritiene che sia sbagliato far risalire al mese di aprile 2006 il miglioramento dello stato di salute, non essendoci alcun indizio in tal senso. Come visto, lo stesso dr. med. _____ non riesce a stabilire quando vi è stata una modifica, nel senso di un miglioramento, dello stato di salute dal punto di vista psichico tra il mese di aprile 2006 ed il mese di marzo 2007, mentre il dr. med. _____ ha evidenziato nel suo referto peritale che “ è praticamente impossibile tornare indietro nel tempo, per una sindrome come quella riportata, e valutare l'effetto in passato dei sintomi sulla IL (...) ”. Ora, il dr. med. _____ ha attestato una totale incapacità lavorativa dal punto di vista psichico ancora nel mese di marzo 2006 (cfr. perizia del dr. med. _____) e chiamato a descrivere la patologia del ricorrente nel periodo in cui lo ha avuto in cura, ha evidenziato uno stato valetudinario assai compromesso, affermando che “ Nonostante tali approcci terapeutici il paziente ha presentato recidivanti crisi di maggiore incidenza sintomatologia depressiva associate ad accentuazione della sintomatologia algica fisiatrica spesso interagenti in un processo di reciproco rinforzo. Per tali motivi nell'arco di tempo durante il quale è stato in cura con lo scrivente il paziente è stato inabile all'attività lavorativa in misura completa .” (doc. AI 29-4). Inoltre, la cessazione del trattamento presso il dr. med. _____ non è dovuta ad una modifica dello stato di salute, bensì, come emerge dalla perizia, al fatto che “ da febbraio 2006 il peritando viene seguito dal dr. _____, _____, FMH psichiatria e psicoterapia, a suo dire perché la cassa malati non rimborsava più le prestazioni del dr. _____ ” (doc. AI 52-6). Dagli atti medici prodotti dalla dr.ssa _____ emerge che il ricorrente fino al 27 febbraio 2006 (data della prima visita presso il dr. med. _____), assumeva, quale medicamento, il remeron 30. Nel marzo 2006, quando era ancora totalmente incapace al lavoro come attestato dal dr. med. _____ (e come confermato sia dal dr. med. _____ che dal dr. med. _____), il ricorrente assumeva quale medicamento il xanax, prescrittogli il

28 febbraio 2006 dal dr. med. _____. Successivamente, nel corso del mese di giugno, si è aggiunto il cipralex (prima mezza dose, poi una dose intera) e dall'11 ottobre 2006 un'aspirina cardio (cfr. doc. XX). Alla luce di quanto sopra, rilevato che da febbraio 2006 i farmaci assunti dal ricorrente sono aumentati, la conclusione secondo la quale da aprile 2006, senza una spiegazione, l'interessato sarebbe passato da una situazione di totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività ad una situazione di abilità totale non trova riscontro negli atti ed anzi si potrebbe semmai ritenere che nel corso del mese di giugno 2006, con la somministrazione di ulteriori medicinali, vi sia stato un peggioramento. Solo con il mese di marzo 2007, come attestato dal dr. med. _____, è possibile stabilire, perlomeno secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che vi è stato un miglioramento. Ne segue che il ricorrente è stato totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività dal 1° settembre 2005 fino all'8 marzo 2007. 2.11. Per quanto concerne il periodo precedente l'UAI si è accontentato della perizia del dr. med. _____ il quale, dopo aver interpellato il dr. med. _____, che ha visitato l'insorgente nel mese di novembre 2004, ha preso atto che lo specialista " non ha saputo prendere posizione rispetto alla domanda posta, affermando che il lungo tempo trascorso e l'assenza di documenti, rimasti presumibilmente al _____ dove egli non esercita più perché in pensione dal 2006, non gli permettono di rispondere in quanto non si ricorda del caso " (doc. AI 52-11). Il periodo precedente il 1° settembre 2005, ivi comprese le valutazioni del dr. med. _____ del novembre 2004, andava meglio indagato, tramite il richiamo degli atti all' _____, dove lo specialista riteneva potessero esserci documenti relativi a quel periodo (doc. AI 52-11), o comunque tramite un'indagine più approfondita presso lo stesso dr. med. _____ o eventualmente presso il dr. med. _____, che ha visitato 3 volte il 20 dicembre 2004, il 10 gennaio 2005 ed il 19 gennaio 2005 il ricorrente (doc. AI 2-11). L'UAI non avrebbe in ogni caso dovuto accontentarsi delle lacunose risposte del dr. med. _____ visto che nella misura in cui anche per il periodo dal novembre 2004 all'agosto 2005 l'interessato fosse stato completamente inabile al lavoro, egli avrebbe avuto diritto ad una rendita intera già a partire dal mese di aprile 2005. L'UAI ha infatti assegnato la prestazione dal 1° novembre 2005, calcolando il periodo di carenza di un anno con effetto dal 1° novembre 2004, sulla base del metodo di calcolo della media retrospettiva, ma prendendo in considerazione la capacità di guadagno (ossia eseguendo il raffronto dei redditi) in luogo della capacità lavorativa (cfr. doc. AI 55-1; per un caso analogo cfr. la sentenza del 6 maggio 2010, inc. 32.2009.152, consid. 2.13). Dal doc. AI 55-1 risulta in particolare che l'UAI ha calcolato il grado d'invalidità secondo l'usuale metodo di raffronto dei redditi, giungendo ad un grado d'invalidità del 23% e, ritenuta un'incapacità lavorativa totale del 100% dal settembre 2005, ha concluso per un grado medio del 42% a partire dal novembre 2004. Tuttavia, come già spiegato nella sentenza del 6 maggio 2010 (inc. 32.2009.152), per calcolare l'anno di carenza, occorre prendere in considerazione l'incapacità lavorativa che, in concreto, è del 100% sin dal mese di aprile 2004 (cfr. la valutazione del 27 dicembre 2005 del medico SMR dr. med. _____, doc. AI 21-1: " Inabilità lavorativa al 100% dal 19.04.04 " e la sentenza del 13 maggio 2008, consid. 7: " Nel caso concreto è incontestato che l'insorgente presenta un'incapacità lavorativa totale nella sua abituale attività lavorativa " e il rapporto finale del 25 ottobre 2006 della consulente in integrazione, doc. AI 23: " per quanto riguarda la diagnosi, si fa riferimento alla documentazione medica presente nell'incarto ed alle annotazioni del medico SMR, _____, del 27 dicembre 2005. Alla luce di quanto sopra, l'A. presenta una totale incapacità lavorativa nell'attività precedentemente svolta quale autista "). Infatti anche nella

precedente decisione del 14 marzo 2007 l'UAI aveva precisato: " Secondo la documentazione medica acquisita in fase d'istruttoria, esaminata e avvalorata dal Servizio medico regionale dell'assicurazione invalidità, risulta che lei presenta una totale incapacità nella sua abituale attività lavorativa ." (doc. AI 32-1). In concreto pertanto, alla scadenza dell'anno di attesa, ossia nel mese di aprile 2005, andrebbe effettuato il confronto dei redditi per stabilire se l'interessato ha diritto ad una rendita ed in che misura, fino al mese di settembre 2005, quando con l'inizio dell'inabilità totale in qualsiasi attività il diritto alla rendita intera è dato. Il calcolo si rivelerebbe tuttavia inutile se dagli accertamenti che l'UAI dovrà ancora effettuare e relativi al periodo da novembre 2004 ad agosto 2005 dalla documentazione del dr. med. _____ risultasse un'inabilità lavorativa totale che darebbe al ricorrente il diritto ad una rendita d'invalidità intera. Per acclarare questo punto, gli atti devono essere trasmessi all'UAI affinché effettui gli accertamenti necessari già descritti in precedenza. Per contro, per quanto concerne eventuali altre patologie (reumatologiche, ortopediche, ecc.) questo TCA ha già avuto modo di stabilire nella sentenza del 13 maggio 2008 che non hanno causato incapacità lavorative in attività leggera. Del resto l'insorgente, che in sede di ricorso si lamenta di un peggioramento del suo stato valetudinario, non ha prodotto alcun certificato medico in tal senso e dagli atti emerge che dal giugno 2008 ad agosto 2009 ha ancora svolto l'attività di autista ciò che fa piuttosto propendere per un netto miglioramento dello stato di salute. Ne segue che, oltre agli accertamenti che dovrà eseguire l'amministrazione, non è necessario acquisire ulteriori prove (in particolare quelle chieste con il ricorso e con le successive osservazioni, tra cui una perizia pluridisciplinare ortopedica, neurologica, reumatologica, psicologica e psichiatrica, il richiamo di atti dai dr. med. _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, l'audizione, come testi, dei citati specialisti, ecc.), poiché superflue ai fini dell'esito della vertenza per i motivi sopra indicati. 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, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In conclusione, accertato che l'insorgente è completamente incapace al lavoro nella sua precedente professione dal 19 aprile 2004 e che l'anno di carenza giunge a conclusione nel mese di aprile 2005, gli atti vanno rinviati all'UAI per ulteriori accertamenti relativi al periodo dal mese di aprile 2005 al mese di agosto 2005 conformemente a quanto indicato in precedenza. Per il periodo dal settembre 2005 al mese di marzo 2007 l'insorgente va invece ritenuto completamente inabile al lavoro per qualsiasi attività. Il periodo esatto del diritto alla rendita potrà essere stabilito dall'amministrazione solo al termine degli ulteriori accertamenti che dovrà effettuare. Per quanto concerne il periodo successivo, ossia da aprile 2007, ritenuto che l'insorgente da quel periodo è abile al lavoro al 100% in attività leggere e confacenti al suo stato di salute,

va effettuato l'usuale confronto dei redditi. 2.12. Per accertare il reddito senza l'invalidità è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (sentenze 13 giugno 2003 I 475/01 e 23 maggio 2000, U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Se nel caso concreto non è possibile quantificare l'ipotetico reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire senza l'invalidità, allora si può ricorrere a dati ottenuti da valori statistici e d'esperienza (cfr. Pratique VSI 1999 pag. 248 consid. 3b; cfr. anche sentenza del 30 dicembre 2002, I 56/02). Nel caso in esame, dunque, va preso in considerazione il salario annuo di fr. 60'142.55 (fr. 4'626.35 X 13), del resto non contestato dall'assicurato, che l'insorgente avrebbe potuto percepire nel 2004 (doc. AI 8-2) nella precedente attività di autista e che aggiornato al 2007, ammonta a fr. 62'457 (2005: + 1%, 2006: + 1,2%, 2007: + 1,6%, cfr. la vie économique, 6-2010, pag. 95, tabella B10.2). 2.13. Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con pronuncia del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". A questo proposito con sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 il TF ha affermato che: "(...) 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non

ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In concreto, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2006 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2006 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario annuale lordo pari a fr. 59'197 (4'732 : 40 X 41.7 X 12; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008) e di fr. 60'144 nel 2007 (+ 1,6%). L'assicurato, quale autista, avrebbe guadagnato fr. 62'457 nel 2007. Tale reddito si situa leggermente sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cfr. Tabella TA1 p.to 60 "trasporti terrestri": fr. 4'649 : 40 X 41.7 X 12 mesi = 58'159 nel 2006 e 59'090 nel 2007). Non è pertanto possibile procedere ad alcuna riduzione del reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla sentenza 8C_44/2009 sopra menzionata. Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, l'allora TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%). In un'altra pronuncia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievor), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügbaren 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten

Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getra-gen ”).

In una sentenza del 25 aprile 2005, inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisse un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) Nella presente

evenienza anche volendo applicare, per pura ipotesi di lavoro, la riduzione massima del 25%, l'insorgente non avrebbe diritto ad alcuna rendita. Infatti, tenuto conto di un'esigibilità lavorativa completa in attività semplici e ripetitive, applicando al reddito da invalido di fr. 60'144 la riduzione del 25%, l'insorgente potrebbe conseguire un reddito da invalido di fr. 45'108 ($60'144 - [60'144 : 100 \times 25]$). Questo reddito va raffrontato con quello da valido di fr. 62'457, per un tasso d'invalidità del 28% che non dà diritto a nessuna rendita. In queste condizioni il diritto alla rendita andrà soppresso dal 1° luglio 2007, ossia tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute avvenuto nel corso del mese di marzo 2007 (cfr. art. 88a OAI). 2.14. Va ora esaminato se l'insorgente, come da lui sostenuto, ha diritto a provvedimenti professionali. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione necessari e atti a ripristinare, migliorare, conservare o migliorare la loro capacità di guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete. Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata probabile della vita professionale rimanente. Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riformazione professionale (art. 17 LAI) il collocamento (art. 18 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). L'art. 17 cpv. 1 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riformazione professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riformazione professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). Una formazione non può quindi essere interrotta anticipatamente se, tenuto conto del principio della proporzionalità, il successo prevedibile dei provvedimenti d'integrazione appare ancora raggiungibile (RDAT I 1998 pag. 295 consid. 1b; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 131). Secondo la giurisprudenza, infine, l'assicurato sottoposti a carico dell'assicurazione per l'invalidità a provvedimenti d'integrazione professionale ha diritto a provvedimenti completivi nel caso in cui la reintegrazione effettuata non gli consenta di percepire un reddito adeguato e se egli solo con tali provvedimenti supplementari possa essere in grado di conseguire un guadagno parificabile a quello che avrebbe potuto percepire senza invalidità nella sua precedente attività. Il diritto a detti provvedimenti completivi non esige che sia raggiunta la soglia di rilevanza (perdita di guadagno del 20%: DTF 124 V 110 consid. 2b) richiesta per aver diritto ai provvedimenti

d'integrazione professionale (STFA inedita 20 luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000 31 consid. 2 e 32 consid. 3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108). 2.15. Con la decisione impugnata l'UAI non ha motivato la reiezione della richiesta di provvedimenti professionali. Tuttavia in sede di risposta, sulla quale l'insorgente ha potuto prendere posizione, l'amministrazione ha affermato che: " Con il rapporto 25.10.2006 la consulente in integrazione professionale in base alla propria competenza ed esperienza ha valutato il curriculum scolastico e professionale dell'assicurato, giungendo alla conclusione che non è possibile intraprendere provvedimenti professionali che possano sensibilmente aumentare la sua capacità di guadagno. Non sono quindi dati presupposti per assegnare una riforma professionale." (doc. IV) In concreto la decisione dell'UAI merita conferma. Infatti, la circolare sui provvedimenti d'integrazione e di ordine professionale nel tenore attualmente in vigore (simile a quello in vigore precedentemente, cfr. sentenza 32.2008.204 del 24 giugno 2009), prevede: " 4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativa-mente: – a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no; – la persona assicurata deve essere idonea all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale; – la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità della persona assicurata. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente valorizzabile. (...) 4013 Se una persona assicurata è sufficientemente integrata o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria." Nel caso di specie la consulente in integrazione professionale, il 25 ottobre 2006 ha motivato il suo rifiuto affermando: " tenendo conto del curriculum scolastico e professionale del signor RI 1, non è possibile proporre dei provvedimenti professionali (riqualifica) che possano sensibilmente aumentare la sua capacità di guadagno residua. Considerata la presenza sul mercato del lavoro di sufficienti attività direttamente accessibili e confacenti con il danno alla salute, si ritiene che l'A. sia integrabile nel ciclo produttivo tramite i normali canali di collocamento. Secondo quanto stabilito dal TF, un assicurato che presenta una totale capacità lavorativa nell'ambito di un'attività leggera e non presenta particolari problematiche di salute che potrebbero svantaggiarlo nella ricerca di un posto di lavoro, né ha particolari esigenze per quanto attiene a quest'ultimo, non ha diritto ad un sostegno attivo nella ricerca di un posto di lavoro da parte dell'AI. Se l'A. dovesse trovare un datore di lavoro disposto ad assumerlo, si resta peraltro a disposizione per un'introduzione al posto di lavoro (formazione ad hoc) in un'attività confacente con il danno alla salute che permetterebbe di recuperare la capacità di guadagno residua." (doc. AI 23-4). Alla luce di quanto sopra esposto è a giusta ragione che l'UAI ha deciso di non accordare provvedimenti professionali (cfr. anche sentenza 32.2008.204 del 24 giugno 2009). Del resto dagli atti emerge che dal giugno 2008 all'agosto 2009 l'interessato ha ancora lavorato nella sua precedente attività di autista. Ciò motiva ancora maggiormente il rifiuto di accordare provvedimenti professionali. 2.16. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito

della vertenza, le spese per complessivi fr. 100.--vanno equamente ripartite tra le parti. Al ricorrente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate ripetibili parziali.

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