

TI_GERICHTE 32.2013.214 vom 12. November 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-11-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.214

FR: TI_GERICHTE 32.2013.214 du 12 novembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.214 del 12 novembre 2013

Regeste

Assicurato con un quarto di rendita. Conferma della valutazione medica del SMR che lo ritiene abile al 50% in attività adeguate. Questione della cumulabilità dell'incapacità lavorativa somatica e psichica, in casu negata poiché integrate l'una con l'altra. Assistenza giudiziaria respinta

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 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) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . 2.4. Qualora l'amministrazione entra nel merito di una nuova domanda di prestazioni, essa deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/ Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). 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). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le

rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI).

2.5. Nella presente fattispecie, a seguito dell'ultima domanda di prestazioni, l'assicurato è stato peritato dal CPAS, il quale con rapporto 6 maggio 2011 ha accertato una totale incapacità lavorativa dal luglio 2010, con ripresa della capacità lavorativa al 50% (da intendersi 4 ore al giorno) dal febbraio 2011 e continua (doc. AI 160), descrivendo i limiti funzionali presenti: "(...) I limiti funzionali presenti sono dettati dallo stato depressivo di media gravità e riconducibili ad una diminuzione delle risorse energetiche, alla tendenza all'isolamento, alla difficoltà nelle relazioni interpersonali, alla diminuzione di memoria e concentrazione, agli stati d'ansia, all'astenia diurna legata alla presenza di disturbi del sonno, alla diminuzione della motivazione e dello slancio vitale, ai sentimenti di rassegnazione, impotenza, inutilità, vergogna e in generale alla diminuzione della spinta volitiva." (doc. AI 160/8) L'assicurato è stato poi visitato dal dr. _____ del SMR che nel rapporto 14 giugno 2011, riportata la diagnosi posta dal CPAS di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD10: F33.1), dal punto di vista internistico ha rilevato una sindrome lombo-vertebrale cronica in esiti di discectomia L5-S1 (eseguita nel 1999). Egli ha poi concluso: "(...) Assicurato di 48 anni in discrete condizioni generali. Dal punto di vista osteoarticolare si documenta una lombalgia cronica in esiti di discectomia L5-S1 avvenuta nel 1999. Residuo dolore lombare con limitazione nelle posizioni in ergonomiche, posizioni statiche e sollevamento di pesi maggiori a 10 Kg. Nessuna valutazione clinica o radiologica specialistica recente in merito a tale problematica. Coesiste patologia psichiatrica già valutata nella perizia del Dr. _____ con definizione di IL 50% (02.05.2011). La valutazione dell'apparato osteoarticolare permette di giustificare una IL 50% che risulta compresa nella già definita IL per patologia psichiatrica. Il giustificata dal limite nelle posizioni statiche e dal dolore cronico. L'A.to dichiara di essere concorde e favorevole ad una eventuale attività lavorativa per mezza giornata, attività che dovrà essere ergonomicamente adatta e rispettosa dei limiti funzionali. L'ultima attività come agente di sicurezza risulta essere rispettosa dei limiti funzionali. Dal punto di vista osteoarticolare opportuna rivalutazione clinica tra circa 18 mesi. Si allega modulo per la misurazione dell'escursione articolare. Si allega modulo per esame della funzionalità fisica. (...)". (doc. AI 164/6) L'assicurato è stato ritenuto abile al 50% quale gommista, venditore di pezzi di ricambio e agente di sicurezza (corrispondenti alle attività svolte prima del danno alla salute, quella per cui è stato formato e quella temporaneamente esercitata dopo il danno alla salute; cfr. anamnesi). Dopo aver esaminato le osservazioni al progetto di decisione 14 marzo 2012 (poi annullato) e la documentazione medica prodotta (rapporto 25 aprile 2012 della psichiatra curante e sue precisazioni del 17 agosto 2012), l'amministrazione ha proceduto ad una valutazione bidisciplinare (psichiatrica e locomotoria) presso il SMR. Nel

relativo rapporto 18 ottobre 2012, i dr. _____ e _____ hanno concluso: " (...) A.to di 50 anni, iscritto in Disoccupazione al 50% con scadenza riferita del termine quadro a marzo 2013. Valutazione clinica presso SMR in data 14.6.11. L'A.to riferisce un peggioramento del dolore lombare da circa tre mesi. Nessuna indagine clinica e/o radiologica. Esegue FKT e medicinali per il dolore assunti in riserva (come da valutazione precedente). Utilizza stampella in appoggio destro con appoggio solo saltuario e mantenendo un carico normale sull'arto inferiore. L'utilizzo saltuario di tale presidio risulta solo utile per un maggiore controllo dell'eventuale instabilità. L'esame obiettivo è sovrapponibile, con elementi oggettivi a quanto già valutato nel giugno 2011. Anche in merito alla IL risulta quindi ancora medicalmente giustificata una IL 50% in ogni attività considerando sia la patologia osteoarticolare che la patologia psichiatrica. Si allega modulo per la misurazione dell'escursione articolare. Si allega modulo per esame della funzionalità fisica. Dal lato psichiatrico, lo status presentato oggi dall'A.to non differisce in modo significativo da quanto descritto in perizia dal dr. _____ in maggio 2011, allo stesso tempo considerando le fluttuazioni sintomatologiche tipiche di una depressione ricorrente. In altre parole, sulla base dell'osservazione odierna, della perizia del dr. _____ e delle altre informazioni mediche in dossier, incluso il recente certificato della dr.ssa _____ l'esame clinico dell'A.to rispecchia l'andamento di una sindrome depressiva ricorrente che, tra i diversi episodi, presenta periodi di remissione almeno parziale della sintomatologia. In conclusione, l'osservazione odierna conferma quanto descritto dal dr. _____ sia dal lato diagnostico sia dal lato funzionale." (Sottolineatura del redattore; doc. AI 186/6). Di conseguenza, l'Ufficio AI ha ritenuto l'assicurato abile al 50% in attività adeguate. 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni

mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...) (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni espresse da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, 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 premorboso, 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 psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001, DTF 130 V 352 e STFA I 384/04 del 23 settembre 2004). 2.7. Nell'evenienza concreta, il TCA ritiene che lo stato di salute sia psichico che somatico dell'assicurato è stato dettagliatamente vagliato dall'amministrazione. Richiamata la suesposta giurisprudenza in

materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.6), il Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di fare proprie le conclusioni contenute nella valutazione SMR, che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Per quel che concerne la valutazione globale operata dal SMR riguardo alle diverse capacità lavorative, l'assicurato ha rilevato che: " (...) Inoltre la circostanza che i medici del SMR affermino che l'incapacità al lavoro reumatologica e psichiatrica siano perfettamente sovrapponibili lascia quantomeno qualche dubbio. Per più motivi. In primo luogo non risulta da nessuna parte in che cosa consista e come si manifesta il limite valetudinario reumatologico. In secondo luogo neppure risulta come si manifesti quello psichiatrico in termini concreti sull'arco della giornata e nell'espletamento di un'attività lavorativa. In terzo luogo non vi è motivazione di sorta dell'affermazione. In quarto luogo le conclusioni sono quelle di un internista: non il reumatologo o di uno psichiatra; non del reumatologo e dello psichiatra estensore del rapporto, ma di un terzo che raffazona (ci si scusi il termine) le idee altrui. (...)" (doc. I, pag. 4) Ora, avantutto va fatto riferimento alla valutazione 14 giugno 2011 in cui il dr. _____ ha elencato le limitazioni funzionali, come pure alla valutazione bidisciplinare 18 ottobre 2012 dove il citato sanitario ha anche allegato l'esame della funzionalità fisica. Dal punto di vista psichiatrico, il dr. _____ ha in sostanza confermato l'andamento fluttuante della depressione ricorrente rilevata dal CPAS, riassumendo come segue i limiti psichiatrici: " (...) I limiti funzionali psichiatrici, pur caratterizzati da una certa fluttuazione nel tempo, sono dettati dallo stato depressivo di media gravità e riconducibili ad una diminuzione delle risorse energetiche, alla tendenza all'isolamento, alla difficoltà nelle relazioni interpersonali, alla diminuzione di memoria e concentrazione, agli stati d'ansia, all'astenia diurna legata alla presenza di disturbi del sonno, alla diminuzione della motivazione e dello slancio vitale, ai sentimenti di rassegnazione, impotenza, inutilità e in generale alla diminuzione della spinta volitiva. (...)" (Doc. AI 186/2). L'incapacità lavorativa psichica del 50% è stata "integrata" in quella del 50% per motivi somatici. A proposito della valutazione globale delle patologie, va ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che in quella causa era stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). In una sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 - concernente il caso di un assicurato affetto da patologie, invalidanti, sia

reumatologiche che psichiatriche - il TCA ha, ancora una volta, avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, che scaturisca da una ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. Nella STF 9C_262/2013 del 5 giugno 2013 il Tribunale federale ha stabilito che la valutazione globale delle patologie dell'assicurato può anche essere effettuata per via di circolazione. In una sentenza 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 il Tribunale federale ha annullato il giudizio di questa Corte che aveva stabilito direttamente l'entità del cumulo delle percentuali di inabilità lavorativa negli ambiti neurologico e reumatologico e fissato al 40% il tasso d'incapacità lavorativa globale. Secondo l'Alta Corte, il TCA poteva senza arbitrio dubitare dell'attendibilità della valutazione del SAM sul grado complessivo di incapacità lavorativa, ma non poteva fissare autonomamente, in mancanza di dati medico-specialistici al riguardo, l'entità del cumulo, essendo questa una questione di ordine squisitamente medico.

Ritornando al caso in esame, questo TCA ha chiesto all'Ufficio AI quanto segue: " Nel rapporto 14 giugno 2011 il dr. _____, dopo aver visitato l'assicurato e tenuto conto della perizia 6 maggio 2011 del CPAS, ha valutato un'incapacità lavorativa globale del 50% in qualsiasi attività (doc. AI 164), valutazione confermata nel successivo rapporto 18 ottobre 2012 dei dr. _____ e _____ (doc. AI 186). Richiamata la nota giurisprudenza in merito alla cumulabilità o meno delle diverse patologie invalidanti, con la presente chiediamo al SMR, per suo tramite, di rispondere dettagliatamente alle seguenti domande: 1. Quali sono le singole incapacità lavorative dal punto di vista reumatologico e psichiatrico? 2. La valutazione globale è stata effettuata dopo consultazione tra specialisti? 3. Per quale motivo le succitate incapacità lavorative non sono state cumulate?" Il dr. _____, ora non più attivo presso il SMR, con scritto 20 ottobre 2014 ha così risposto: " (...) 1. Quali sono le singole incapacità lavorative dal punto di vista reumatologico e psichiatrico? Dal punto di vista internistico osteoarticolare IL 50% da comprendere nella IL 50% definita anche dal collega psichiatra. In particolare vi era una cumulabilità di buona parte dei limiti psichiatrici e dei limiti determinati dalla sintomatologia dolorosa limitante del rachide (diminuzione delle risorse energetiche). Tale considerazione portava alla cumulabilità della capacità lavorativa definita al 50%. 2. La valutazione globale è stata effettuata dopo consultazione tra specialisti? La valutazione globale tra specialisti era la consuetudine, anche in questo caso vista la non menzione di alcuna situazione particolare, ritengo che sia avvenuta come di consueto una discussione collegiale del caso. 3. Per quale motivo le succitate incapacità lavorative non sono state cumulate? Nella descrizione delle IL nel rapporto SMR viene documentata IL 50% PSI + REU tale dicitura si traduce in una cumulabilità della IL tra patologia psichiatrica e osteoarticolare. (...)" (doc. III/1) Con annotazioni 11 novembre 2014 il dr. _____ ha rilevato: " (...) 1. Dal lato psichiatrico, all'osservazione di ottobre 2012, lo status presentato dall'assicurato non differiva in modo significativo da quanto descritto in perizia dal dr. _____ in maggio 2011, allo stesso tempo considerando le fluttuazioni sintomatologiche tipiche di una depressione ricorrente. In altre parole, sulla base dell'osservazione diretta al SMR, della perizia del dr. _____ e delle altre informazioni mediche in dossier, l'esame clinico rispecchiava l'andamento di una sindrome depressiva ricorrente che, tra i diversi episodi, presenta periodi di remissione almeno parziale della sintomatologia. 2. Dopo discussione e di concerto con il Dr. _____, si stabiliva un'inabilità lavorativa reumatologica e psichiatrica in attività abituale e adeguata del 50% dal febbraio 2011. 3. Le incapacità lavorative sono integrate. Alla ridotta esigibilità temporale dettata dalla patologia

psichiatrica si aggiungono i limiti funzionali reumatologici alla quale un'attività adatta deve corrispondere. In questo caso diminuzione delle risorse energetiche anche dal profilo reumatologico (si veda anche inizio pag. 2 della risposta 22.10.14 del Dr. _____ dove si parla di "diminuzione delle risorse energetiche")." (doc. XIII/2) Quindi, in occasione della valutazione bidisciplinare del 18 ottobre 2013 i succitati specialisti hanno confermato (il dr. _____ ha precisato che si trattava di una consuetudine) di aver proceduto ad una discussione globale delle incapacità lavorative. Del resto, il relativo rapporto reca il nominativo di entrambi i sanitari. Tuttavia, in merito alle spiegazioni inerenti alla non cumulabilità delle incapacità lavorative psichica e somatica le succitate risposte non sono coerenti. In particolare, alla domanda no. 2 il dr. _____ risponde (le sottolineature sono del sottoscritto): " In particolare vi era una cumulabilità di buona parte dei limiti psichiatrici e dei limiti determinati dalla sintomatologia dolorosa limitante del rachide (diminuzione delle risorse energetiche)...", che "... si traduce in una cumulabilità della IL tra patologia psichiatrica e osteoarticolare" (risposta alla domanda no. 3); il dr. _____ del SMR, per contro, alla domanda no. 3 risponde che " Le incapacità lavorative sono integrate....", per poi concludere che "...alla ridotta esigibilità temporale dettata dalla patologia psichiatrica si aggiungono i limiti funzionali reumatologici alla quale un'attività adatta deve corrispondere" (sottolineatura del sottoscritto). Viste queste incongruenze, con scritto 17 dicembre 2010 questa Corte ha chiesto all'Ufficio AI " una presa di posizione inequivocabile e congiunta dei dr. _____ e _____ sulla cumulabilità o meno delle incapacità lavorative psichiatrica e somatica" (XVII). Con presa di posizione comune del 19 gennaio 2015 i dr. _____ e _____ hanno rilevato: " Con lettera del 17 dicembre 2014 è richiesta ai sottoscritti, Dr. _____, Dr. _____, una presa di posizione inequivocabile e congiunta sulla cumulabilità o meno delle incapacità lavorative psichiatrica e somatica. A tale proposito, i sottoscritti si sono riuniti nello studio medico del Dr. _____ sito in _____ il 19.01.2015 dalle ore 11.30 alle ore 12.30 e ribadiscono quanto qui sotto enunciato: nel rapporto finale SMR del 14 giugno 2011, pag 5, già si diceva che la IL 50% per motivi psichiatrici inglobava anche i limiti ergonomici dettati da problemi reumatologici: l'assicurato può lavorare mezza giornata - motivi psichiatrici - in qualsiasi attività ergonomicamente corretta, che non implichi posizioni statiche per più di 90 minuti e con sollevamento massimo di 10 kg – motivi reumatologici; nel rapporto finale SMR del 18 ottobre 2012, pag 5, si conclude ancora che la IL globale è 50%, integrando i limiti somatici e quelli psichiatrici, con stato stazionario rispetto al 2011; La discussione congiunta il giorno della perizia e poi l'apposizione di firma congiunta era ed è la prassi SMR per le perizie bidisciplinari. Dopo ulteriore approfondita discussione del caso in data 19.01.2015 i sottoscritti confermano pertanto che le incapacità lavorative psichiatriche e somatiche sono tra loro integrate con un'inabilità lavorativa complessiva del 50% come già avvenuto al momento della visita congiunta in sede SMR nel giugno 2011" (XX/1). In queste circostanze, considerato che l'inabilità al lavoro reumatologica non è cumulabile con quella psichiatrica, è da ritenere dimostrata, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), una piena inabilità lavorativa dal luglio 2010 con abilità lavorativa al 50% da febbraio 2011. Inoltre, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dal ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce

l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.8. Per quel che concerne la definizione del grado d'invalidità mediante il metodo ordinario, nelle motivazioni della decisione contestata sono indicati i parametri utilizzati dall'amministrazione per definire i redditi sia da valido che da invalido, a cui va fatto riferimento. Va qui ricordato che, secondo 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 (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1), ciò che in concreto corrisponde al 2011. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), nella fattispecie concreta l'Ufficio AI, sulla base dei dati forniti dall'ultimo datore di lavoro, ha determinato un salario annuo di fr. 51'631.-- (stato 2011). Tale dato è rimasto incontestato. Il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione e 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 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). 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. Il TFA 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). 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 I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per

motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). In concreto, l'Ufficio AI, conformemente alla citata giurisprudenza, ha nel caso concreto utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa a personale maschile in una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.), quantificando per il 2011 un salario statistico di fr. 61'894.--. L'amministrazione ha poi considerato una capacità lavorativa del 50%, una riduzione di reddito per circostanze personali del 18% (5% per attività leggere e 13% per altri fattori), determinando in tal modo un reddito da invalido di fr. 25'377.--. L'amministrazione ha poi determinato il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire nell'attività di venditore appresa utilizzando i dati statistici relativi alla divisione economica 45 (commercio e riparazione di autoveicoli), livello di qualifica 3 (conoscenze professionali e specializzate), per un importo di fr. 66'902.--. Tenuto conto di una capacità lavorativa del 50% tale reddito ammonta a fr. 33'451.-- che, dedotto un gap salariale dell'8,3% (la parte eccedente il 5%), corrisponde a fr. 30'674.--. Riconosciuta una riduzione dell'8% (riferita al tasso di occupazione) il reddito da invalido è stato definito in fr. 28'221.-- (cfr. rapporto 27 marzo 2013 del consulente in integrazione professionale, doc. AI 194). Rilevato che il minor discapito economico è in relazione all'attività di venditore, l'amministrazione ha di conseguenza proceduto al raffronto dei redditi ($51'631 - 28'221 \times 100 : 51'631$) definendo un grado d'invalidità del 45%. A tal riguardo va ricordato che quale reddito da invalido va preso quello relativo all'attività professionale appresa dopo la riformazione (cfr. ad esempio: STF 9C_409/2014 del 7 novembre 2014). L'assicurato contesta la determinazione del reddito da invalido nell'attività appresa, rilevando che secondo il CLL per il personale _____ il reddito è inferiore ai dati statistici federali. Egli altresì contesta l'applicazione del livello no. 3 non avendo mai esercitato l'attività di venditore, postulando infine una riduzione del reddito da invalido per motivi sociali di almeno il 15%. Occorre qui ricordare che, come riportato sopra, secondo costante giurisprudenza, fanno stato i redditi statistici a livello nazionale. Non possono quindi essere presi in considerazione i dati salariali cantonali. Inoltre, avendo

l'assicurato conseguito l'attestato federale di capacità, rettamente l'amministrazione ha preso in considerazione il livello no. 3 dei dati statistici. Che l'assicurato non abbia mai svolto un'attività nel settore per il quale è stato riformato professionalmente non è rilevante. Determinante è invece che, come visto al consid. 2.7, dal profilo medico tale attività è stata ritenuta adeguata, con una capacità lavorativa limitata al 50%. In merito alle riduzioni del reddito da invalido, vero che la giurisprudenza ha precisato che vanno riconosciute ai multipli del 5% (STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013, confermata dal TF con STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013). Tuttavia, anche volendo prendere in considerazione una riduzione del 10% (l'assicurato non ha motivato una riduzione maggiore del 15%), l'esito non cambierebbe. Infatti, raffrontando un reddito da valido di fr. 51'631.-- con un reddito da invalido di fr. 27'606.-- [30'674 - (10% di 30'674)] il grado d'invalidità risulterebbe essere del 46,53% (51'631 - 27'606 x 100 : 51'631). Visto quanto segue, rettamente l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato un quarto di rendita dal 1° luglio 2011. Ne consegue che la decisione contestata deve essere confermata, mentre il ricorso va respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente, il quale ha postulato di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). 2.10. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011; I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia (RAMI 1996 N. U 254 pag. 209 consid. 2). L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il Giudice soltanto valore indicativo. Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo l'Alta Corte infatti si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia. La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 119 Ia 12 consid. 5; DTF 118 Ia 369ss). Generalmente dal punto di vista temporale lo stato di bisogno dell'istante va determinato secondo la situazione esistente al momento della decisione (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a). L'assistenza giudiziaria può essere tuttavia concessa anche con effetto retroattivo nella misura in cui i relativi presupposti sono adempiuti (SVR 2000 UV Nr. 3). Dal foglio di calcolo per la prestazione complementare (stato 2014), allegato al certificato per l'ammissione dell'assistenza giudiziaria del 12 febbraio 2015 (cfr. consid. 1.7), risulta

che l'assicurato e sua moglie, nella cui comunione domestica sono comprese anche le due figlie maggiorenni, percepiscono annualmente fr. 30'724.-- di rendite AVS e LPP (quest'ultima unicamente la moglie). A tale importo va aggiunto un salario netto mensile di fr. 915.-- dell'assicurato relativo all'attività lucrativa svolta al 40% quale aiutante presso un chiosco gestito dalla figlia _____ – secondo quanto dichiarato nel succitato certificato municipale – cessata il 31 gennaio 2014 (doc. A) e fr. 4'290.-- d'indennità di disoccupazione (11 x 390). L'assicurato percepisce inoltre fr. 4'020.-- (12 X 335) di prestazioni complementari (doc. B). Complessivamente le entrate dei coniugi _____ ammontano a fr. 39'949.-- annui. Quali uscite vanno considerate fr. 20'400.-- (1'700 x 12) corrispondenti all'importo annuo per coniugi stabilito per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento CEF, quale Autorità di vigilanza cantonale e valido dal 1° settembre 2009 (tuttora in vigore), importo, questo, che va maggiorato del supplemento del 20% (fr. 4'080). Vanno poi aggiunti fr. 21'480.-- di affitto annuo di un appartamento di 4,5 locali (doc. C; va qui precisato che ai fini del calcolo della prestazione complementare è stata computata la quota parte di pigione di fr. 1'020.-- mensili come prescritto dall'art. 16c cpv. 1 OPC). Il premio cassa malati risulta essere versato dalla prestazione complementare. Visto quanto sopra, tenuto conto che le uscite (fr. 45'960.--) sono maggiori delle entrate (fr. 39'949.--) vi è un ammanco annuo di fr. 6'011.--, pari a fr. 500.-- mensili che può essere coperto dalle due figlie maggiorenni che, come risulta dal menzionato certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria, svolgono un'attività lucrativa e che vivono nell'economia domestica dei genitori. Infatti, secondo la dottrina in materia di diritto esecutivo, il figlio maggiorenne esercitante un'attività lucrativa che vive nell'economia domestica, è chiamato a contribuire alle spese di abitazione, quale l'affitto ed il riscaldamento (cfr. Mühlh, in Kommentar über Schuldbetreibung und Konkurs, Basilea 1998, ad art. 93 N.20, pag. 946; cfr. anche la tabella per il calcolo del minimo esistenziale LEF edita dalla Camera di esecuzione e fallimento (CEF) del Tribunale d'appello, valida dal 1° settembre 2009, ove al punto IV precisa che: “il reddito da lavoro di figli maggiorenni, che vivono nell'economia domestica del debitore, non viene considerato in linea di principio per il calcolo vitale dell'escusso. Viene per contro calcolata una partecipazione appropriata del figlio maggiorenne alle spese d'abitazione (canone locatizio e riscaldamento)”). In simili condizioni, l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio deve essere respinta.

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