

TI_GERICHTE 32.2013.216 vom 15. November 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-11-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.216

FR: TI_GERICHTE 32.2013.216 du 15 novembre 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.216 del 15 novembre 2013

Regeste

Conferma della decisione che riconosce una rendita AI del 50%. Le valutazioni mediche prodotte dall'assicurato non sono atte a sovvertire la perizia allestita dall'UAI

Erwägungen

E. 24

maggio 2013 il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, sulla base degli atti medici raccolti dall'UAI, si è espresso circa l'evoluzione dello stato di salute del ricorrente, attestando un'incapacità lavorativa totale dal 1° marzo 2012 e del 50% dal 1° ottobre 2012, sia nella precedente attività, che in attività leggere e confacenti al suo stato di salute (doc. AI 55). In sede di osservazioni l'insorgente ha prodotto un certificato del 5 luglio 2013 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale, dopo le visite del 3 e 4 luglio 2013, ha affermato: " (...) Quanto emerso dalla mia valutazione evidenzia un ulteriore peggioramento del quadro clinico attualmente riconducibile ad uno stato depressivo medio-grave (ICD 10 F32.2). Il signor RI 1 lamenta labilità emotiva, incapacità di gestire le proprie emozioni, sentimenti di rovina ed inutilità, tendenza all'isolamento sociale, vergogna, difficoltà nelle relazioni interpersonali, mancanza di energie, anedonia, astenia, diminuzione dell'appetito, disturbi del sonno e stanchezza diurna, rimuginazioni e pensieri negativi persistenti, confusione, sensazione di "essere divorato dentro e che tutto sia crollato", persistente stato di allerta. Non è più la persona di un tempo e nulla è più come prima. Non è più in grado di investire affettivamente, si sente distaccato da tutto e da tutti. Lamenta un importante calo della libido e presenza di idee di morte, apparentemente senza progettualità. All'esame psichico il signor RI 1 risulta sufficientemente curato nell'aspetto; è vigile, orientato e collaborante. Il volto esprime sofferenza, tristezza, rassegnazione, ansia e preoccupazione. L'atteggiamento è rassegnato e la capacità di proiettarsi nel futuro compromessa. L'eloquio deve essere stimolato ed è sostenuto da toni della voce scarsamente modulati in presenza di una mimica ed una gestica ridotte e improntate a tristezza e rassegnazione. Egli si esprime in modo coerente ed articolato ma si evidenziano deficit della memoria e difficoltà a mantenere la concentrazione. I nessi associativi sono saldi, il pensiero è corretto nella forma e nel contenuto. Sono presenti sentimenti di autosvalutazione, impotenza, rassegnazione vergogna, inutilità, inadeguatezza ed una diminuzione dell'autostima. Rilevo una marcata deflessione timica in presenza di idee di morte, apparentemente senza progettualità. Lo slancio vitale è notevolmente ridotto. La critica di malattia è presente e l'attendibilità rispetto alla narrazione dei fatti è buona. Il quadro psicopatologico da me evidenziato determina attualmente un'inabilità lavorativa dell'80%. Si pone l'indicazione per un potenziamento della terapia antidepressiva. Vista l'instabilità delle condizioni psichiche del signor RI 1 è indicata una rivalutazione peritale che preveda più incontri nell'arco di un

periodo di osservazione di 2-3 mesi." (doc. AI 66-9) Chiamata a prendere posizione la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, _____, ha affermato: " - il collega indica un quadro clinico aggravatosi rispetto a quanto da noi osservato. In occasione della nostra perizia, datata 3 maggio, avevamo infatti diagnosticato un episodio depressivo di media gravità (ICD 10 F 32.1) mentre il collega certifica la presenza di un episodio depressivo medio-grave, apponendo il codice ICD 10 F 32.2, che corrisponde a un episodio depressivo grave; si rimarca quindi già a livello nosografico una certa imprecisione nell'identificazione del grado di severità. L'ICD 10 infatti non prevede un codice intermedio fra l'episodio depressivo medio e quello grave e, se non sono soddisfatti tutti i criteri per identificarlo grave, è corretto certificare quello medio. In ogni caso, esaminando poi reperti soggettivi e oggettivi, non emerge un quadro clinico più severo rispetto a quello da noi rilevato in occasione dell'esame peritale ma una situazione psicopatologica del tutto sovrapponibile. L'unico elemento che diverge è il riscontro da parte del perito di "deficit della memoria e difficoltà a mantenere la concentrazione", lamentati dall'assicurato anche in occasione della nostra perizia ma non oggettivati durante i due colloqui peritali. Questo elemento però non fa variare la gravità, poiché secondo l'ICD 10 il criterio relativo al deficit nelle funzioni cognitive superiori (C4) era già stato considerato nella nostra perizia, essendo considerato soddisfatto come riscontro oggettivo ma anche solo come dato soggettivo. La valutazione effettuata dal Dr _____ quindi è riconducibile a un episodio depressivo di media gravità: infatti, secondo criteri ICD 10, sono soddisfatti i primi tre sintomi del punto B ovvero un "umore depresso anormale... presente per la maggior parte della giornata... in gran parte non influenzato dalle circostanze e persistente per almeno due settimane"; una "perdita di interesse o piacere per attività normalmente piacevoli"; una "diminuita energia o aumentata faticabilità". Rispetto al punto C sono presenti una "perdita di sicurezza o di autostima", "lamentazioni o evidenza di una diminuita capacità di pensare o concentrarsi, come indecisione e titubanza", "disturbi del sonno di qualsiasi tipo". Non si rilevano invece "sentimenti irragionevoli di auto-biasimo o sentimenti di colpa eccessivi e inappropriati", poiché l'assicurato attribuisce del tutto all'esterno il licenziamento e le conseguenze che ne sono derivate; non sussistono neppure "pensieri ricorrenti di morte o suicidio o qualunque comportamento suicidario", infatti sia in occasione della nostra perizia che dell'esame effettuato dal Dr _____ emergono idee di morte non indicate come pervasive e senza progettualità. Allo stesso modo non sono segnalate "modificazioni dell'attività psicomotoria" né "...dell'appetito", poiché queste ultime per soddisfare il criterio devono comportare "... conseguenti variazioni di peso". Rispetto al criterio C sono quindi soddisfatti 3 item. La valutazione dell'episodio depressivo medio secondo ICD 10 prevede che siano soddisfatti almeno due punti del criterio B e un numero di item del criterio C tali da raggiungere almeno il numero totale di 6. L'assetto psichico dell'assicurato rientra in questo ambito di media gravità. Per sussistere un episodio depressivo grave devono essere presenti tutti e tre i criteri del punto B e un numero di quelli relativi al punto C tali da raggiungere almeno 8 item. - Teniamo inoltre a precisare che la valutazione del grado di inabilità lavorativa dovuta al danno alla salute non si basa, come una stretta equazione, sulla diagnosi nosografica ma piuttosto sulla valutazione delle ricadute funzionali ovvero sul bilancio fra deficit e risorse. La nostra valutazione di queste, che appare nel paragrafo "descrizione della giornata", evidenzia la presenza di deficit ma anche di risorse residue, che possono essere spese in modo proficuo anche nel contesto professionale, con le limitazioni di orario e le indicazioni sulle attività confacenti da noi descritte. Per contro l'esame del Dr. _____ non comprende alcuna valutazione

funzionale e la conclusione sul grado di inabilità lavorativa sembra quindi desunta solo dal quadro clinico. Tale considerazione appare quindi non sostanziata. - Infine consideriamo che la valutazione dell'inabilità lavorativa di lunga durata, ovvero per l'eventuale attribuzione di una rendita di invalidità, deve considerare non solo il quadro osservato in sede di esame peritale ma anche il decorso del disturbo psichico a partire dal suo esordio. Questo elemento risulta ancora più importante quando si è in presenza di una patologia dell'umore, che per definizione ha carattere episodico. L'esame degli atti comprende la valutazione assicurativa effettuata dal Dr. _____ e il rapporto medico della Dr.ssa _____ psichiatra curante. Il primo esame conclude per una sindrome da disadattamento che sta già evolvendo in un episodio depressivo da lieve a medio, il secondo indica la presenza di un episodio depressivo medio; non sono indicate remissioni quindi siamo davanti al primo episodio depressivo. Considerando l'evoluzione del disturbo psichico, a partire dal suo esordio, non emerge quindi alcun dato che indichi una condizione più grave di quella da noi oggettivata né di instabilità; è stato quindi possibile giungere alle nostre conclusioni senza necessità di effettuare un'osservazione prolungata. Per quanto discusso, in assenza di argomentazioni di rilievo a indicare variazioni del quadro clinico e delle conseguenze funzionali, ribadiamo le nostre conclusioni peritali e l'opportunità di una rivalutazione a distanza di 18-24 mesi, mantenendo la presa a carico specialistica e adottando i provvedimenti di reintegrazione illustrati." (doc. AI 71-2) Il 25 novembre 2013 il dr. med. _____ ha affermato: " (...) Avevo diagnosticato un episodio depressivo medio-grave codificandolo F32.2 (secondo ICD-10) non per "una certa imprecisione" ma poiché, non esistendo un codice intermedio, era l'unica possibilità per sottolineare un peggioramento del quadro psicopatologico. Le condizioni psichiche dell'assicurato risultavano, al momento della mia valutazione, evolute negativamente come da me oggettivato e descritto. All'esame psichico, oltre ai deficit di memoria e concentrazione, avevo oggettivato, quali elementi di peggioramento, sentimenti di autosvalutazione, impotenza, rassegnazione, vergogna, inutilità, inadeguatezza, una diminuzione dell'autostima, mimica e gestica ridotte (quindi attività psicomotoria rallentata). Marcata deflessione del tono dell'umore in presenza di idee di morte, apparentemente senza progettualità, ed una notevole riduzione dello slancio vitale. Vengono inoltre menzionati disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito e della libido. Per quanto concerne l'investimento sulla realtà esterna, ricordo quanto riferitomi dall'assicurato: "sento che tutto è crollato, non sono più la persona di un tempo, nulla è più come prima, non sono più in grado di investire affettivamente, mi sento distaccato da tutto e da tutti." E' proprio il decorso ad evidenziare un'evoluzione negativa del quadro clinico. Infatti il dr. _____ parla di una sindrome da disadattamento in evoluzione, la dottoressa _____ di un episodio depressivo di media gravità e, chi scrive, di un episodio depressivo medio-grave. Le condizioni psichiche sono quindi instabili e impongono un'osservazione prolungata nel tempo. Quanto descritto mi permette di confermare, in termini di inabilità lavorativa, le conclusioni del mio rapporto datato 5 luglio 2013." (doc. D) Il 7 gennaio 2014 la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, _____ e la dr.ssa med. _____, specialista psichiatria e psicoterapia, _____, in risposta al medico SMR, dr. med. _____, hanno affermato: " (...) non ci è possibile esprimerci rispetto al certificato prodotto 25.11.2013 dal Dr. _____, non avendo più visto l'assicurato da luglio dello stesso anno, data della nostra perizia. Rimettiamo all'UAI la decisione su un'eventuale entrata in materia e diamo la nostra disponibilità, se del caso, per effettuare una nuova perizia." (doc. V/2) Da parte sua il dr. med. _____, medico SMR, FMH

psichiatria e psicoterapia, il 15 gennaio 2014, ha affermato: " Ho preso nozione della risposta dei periti CPAS, dr. ssa _____, dr.ssa _____ alle osservazioni dello psichiatra curante, dr. _____ i, del 25.11.2013. I periti, nei fatti, non si esprimono sull'eventuale instabilità dello stato clinico enunciata dallo psichiatra curante. Tuttavia, devo osservare che il dr. _____ nel suo scritto del 25.11.2013 conferma in termini d'inabilità lavorativa le conclusioni del suo precedente rapporto del 5.07.2013, al quale i periti, dr.ssa _____ e dr.ssa _____ avevano risposto in modo esaustivo ed articolato confermando le conclusioni della perizia CPAS da loro allestita in maggio 2013. Nonostante che in novembre 2013 il dr. _____ scriva di condizioni cliniche instabili, egli non cambia la sua presa di posizione sulla funzionalità lavorativa del suo paziente. In altre parole, l'apprezzamento del curante sull'incapacità lavorativa dell'A.to non si è modificato. Pertanto, la presa di posizione dei periti al rapporto del dr. _____ del luglio 2013 rimane valevole così come le prese di posizione SMR sul caso, ivi compreso il rapporto SMR finale del 24.05.2013." (doc. V/3) 4. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito 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; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una

certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale 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. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; 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; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del

E. 25

aprile 2007). 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 amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti

di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; 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). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul

fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) » Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 5. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione, non ha motivo per mettere in dubbio la perizia del CPAS del 3 maggio 2013 (doc. AI 50-1). Tale valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando che precede. Le perite, dopo aver riassunto i dati clinici e l'anamnesi, aver descritto i dati soggettivi dell'assicurato, i dati oggettivi e la terapia psichiatrica attuale, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome da disadattamento evoluta, episodio depressivo di media gravità (ICD 10 F 32.1). Le perite si sono espresse su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate nei mesi di aprile e maggio 2013. Al referto va attribuita piena forza probante. Del resto, il dr. med. _____, nei suoi attestati del 5 luglio 2013 (doc. C) e del 25 novembre 2013 (doc. D), non contesta il contenuto del referto peritale (e delle precedenti valutazioni dei dr. med. _____ [FMH psichiatria e psicoterapia, medico fiduciario dell'assicuratore malattie], _____ [FMH medicina generale e curante dell'assicurato] e _____ [FMH psichiatria e psicoterapia e curante dell'assicurato]), ma sostiene piuttosto che nel frattempo vi sarebbe stato un peggioramento dello stato di salute, tanto da ritenere l'insorgente non più incapace al lavoro "solo" al 50%, bensì all'80% (cfr. doc. C: "quanto emerso dalla mia valutazione evidenzia un ulteriore peggioramento del quadro clinico attualmente riconducibile ad uno stato depressivo medio-grave (ICD 10 F32.2) "). Le certificazioni del dr. med. _____ non sono tuttavia atte a sovvertire le valutazioni del CPAS, giacché, come evidenzia la dr.ssa med. _____ nel complemento del 22 luglio 2013 (doc. AI 71-2/3) e come si vedrà qui di seguito, lo specialista non oggettiva un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, ma descrive piuttosto una situazione per la maggior parte sovrapponibile a quella riscontrata in occasione delle visite effettuate nei mesi di aprile e maggio 2013 presso il CPAS. Dal referto peritale si evince che l'assicurato non ha voglia di fare niente, si sente sempre stanco, sente che gli hanno devastato la credibilità, ha paura di fare qualsiasi cosa, è diventato emotivo, riporta pensieri sull'inutilità della vita "in assenza di un'ideazione suicidale attiva e di propositi etero lesivi". Il sonno è caratterizzato da un'insonnia centrale e si alimenta senza piacere né voglia, ha lasciato i suoi hobby perché non ha voglia ed è stanco, definisce l'attenzione e la concentrazione "un po' basse" e talora dimentica cose legate alla quotidianità, ha degli amici che però tende a frequentare di meno (doc. AI 50-4/5). Il dr. med. _____ riporta una situazione valetudinaria simile, evidenziando che l'insorgente lamenta una labilità emotiva ed un'incapacità a gestire le proprie emozioni (già evidenziate nella perizia CPAS: "è diventato emotivo, per esempio gli capita di commuoversi davanti ai film, cosa di cui si vergogna"), sentimenti di rovina ed inutilità, nonché tendenza all'isolamento sociale, vergogna e difficoltà nelle relazioni interpersonali (già evidenziate nella perizia CPAS: "ha paura di fare qualsiasi cosa"; "riporta pensieri sull'inutilità della propria vita"; "ha lasciato gran parte dei suoi hobby"; "ha degli amici

che però tende a frequentare meno ”; “ fra i primi si annoverano la riduzione delle relazioni interpersonali, facendo egli fatica a confrontarsi con gli altri data la nuova percezione di sé e la riduzione di investimento in attività piacevoli ”), mancanza di energie, anedonia, astenia, stanchezza diurna (già evidenziate nella perizia CPAS: “ ora non ha più voglia di fare niente, non ha alcuna motivazione, si sente sempre stanco ”), diminuzione dell’appetito e disturbi del sonno (già evidenziati nella perizia CPAS: “ si alimenta senza piacere né voglia ” e “ il sonno è leggermente migliorato con i farmaci ma è caratterizzato ancora da un’insonnia centrale ”), rimuginazioni e pensieri negativi persistenti, confusione, sensazione di “essere divorato dentro e che tutto sia crollato”, persistente stato di allerta (già evidenziati nella perizia CPAS: “ sente che gli hanno “devastato la credibilità in tutto ”; “ l’immagine personale è contaminata da importanti vissuti di disistima e inadeguatezza ”; “ la proiezione del futuro è tendenzialmente negativa ”), non è più la persona di un tempo e nulla è più come prima (già evidenziato nella perizia CPAS: “ prima accettava tutte le sfide, avrebbe accettato la disdetta se questa fosse stata motivata. Ora non ha voglia di fare niente, non ha alcuna motivazione (...) ”; “ rispetto al futuro dice di rendersi conto di “non essere più come prima ”), non è più in grado di investire affettivamente, si sente distaccato da tutto e da tutti (già evidenziato nella perizia CPAS: “ Ha degli amici che però tende a frequentare meno poiché non ha voglia di vederli e fatica a confrontarsi con la nuova immagine che è convinto di dare di sé ”), lamenta un importante calo della libido e presenza di idee di morte, apparentemente senza progettualità (già evidenziate nella perizia CPAS: “ Il morale è definito “sotto le scarpe”; riporta pensieri sull’inutilità della vita in assenza di un’ideazione suicidale attiva e di propositi eterolesivi ”; “ attualmente ha un’amica ma connota il rapporto come non significativo dicendo che non ha più fiducia nelle persone ”) .

Il dr. med. _____ ha rilevato che in occasione delle visite del mese di luglio 2013 l’interessato risultava sufficientemente curato nell’aspetto, vigile, orientato e collaborante (come in occasione delle visite presso il CPAS: “ E’ discretamente curato nell’igiene e nell’abbigliamento. E’ lucido e orientato nei vari domini e verso la situazione peritale .”), che il volto esprimeva sofferenza, tristezza, rassegnazione, ansia e preoccupazione (come al momento della valutazione del CPAS: “ la mimica e l’espressione del viso rilevano ansia, tristezza, sconforto, in qualche occasione compare un pianto che viene subito trattenuto ”), che l’atteggiamento è rassegnato e la capacità di proiettarsi nel futuro compromessa (quando è stato visitato dal CPAS era stato riscontrato che “ l’immagine personale è contaminata da importanti vissuti di disistima e inadeguatezza ” e che la “ proiezione nel futuro è tendenzialmente negativa ”), che vi sono sentimenti di autosvalutazione, impotenza, rassegnazione, vergogna, inutilità, inadeguatezza ed una diminuzione dell’autostima (già presenti in aprile e maggio 2013: “ (...) presenza di una certa tensione endopsichica e irritabilità latenti e talora vissuti di vergogna ”; “ l’immagine personale è contaminata da importanti vissuti di disistima e inadeguatezza ”). Anche la marcata deflessione timica in presenza di idee di morte, apparentemente senza progettualità, era già stata rilevata in occasione delle visite peritali (“ per quanto concerne l’istinto vitale sussistono idee sull’inutilità della propria vita in assenza di propositi auto o eterolesivi ”). La differenza, rispetto alle visite effettuate presso il CPAS, consiste nel fatto che l’eloquio deve essere stimolato ed è sostenuto da toni della voce scarsamente modulati, in presenza di una mimica ed una gestica ridotte e improntate a tristezza e rassegnazione (mentre in aprile e maggio 2013 le perite hanno rilevato come “ l’eloquio spontaneo è presente, le pause di conversazione e le latenze alla risposta sono mantenute, i nessi associativi sono solidi ” e che “ la voce è sostenuta da toni sufficientemente modulati ”, mentre già era stata rilevata la

presenza una quota energetica e una spinta volitiva ridotta e la presenza di disistima e inadeguatezza) e, soprattutto che il dr. med. _____ ha rilevato deficit nella memoria e difficoltà a mantenere la concentrazione, pur sottolineando che “ i nessi associativi sono saldi, il pensiero è corretto nella forma e nel contenuto ”. Tuttavia, come rilevato dalla dr.ssa med. _____ in sede di osservazioni, questa differenza non giustifica una diversa valutazione dell’incapacità lavorativa del ricorrente (50% secondo le perite, 80% secondo il curante), né, tantomeno, una diagnosi diversa rispetto a quella posta in sede peritale. Neppure sono segno di un peggioramento. La specialista ha infatti evidenziato che questo elemento, ossia il “ deficit della memoria e difficoltà a mantenere la concentrazione ” (lamentati dall’assicurato in occasione della perizia ma non oggettivati durante i due colloqui peritali [doc. AI 71-2]), non fa variare la gravità della patologia poiché il criterio relativo al deficit nelle funzioni cognitive superiori era già stato considerato nel referto del 3 maggio 2013. Inoltre la dr.ssa med. _____ senza essere smentita su questo punto dal dr. med. _____ (cfr. presa di posizione del 25 novembre 2013, doc. D), rileva che la valutazione dell’episodio depressivo medio secondo ICD 10 prevede che siano soddisfatti almeno due punti del criterio B e un numero di item del criterio C tale da raggiungere almeno il totale di 6 e che l’assetto psichico dell’assicurato rientra in questo ambito di media gravità. Ora, le conclusioni del dr. med. _____ sono anch’esse riconducibili ad un episodio depressivo di media gravità. Infatti, sono soddisfatti i primi tre sintomi del punto B secondo i criteri ICD 10 (umore depresso abnorme, presente per la maggior parte della giornata, in gran parte non influenzato dalle circostanze e persistente per almeno due settimane; una perdita di interesse o piacere per attività normalmente piacevoli; una diminuita energia o aumentata affaticabilità) e tre item del punto C (perdita di sicurezza e autostima; lamentazioni o evidenza di una diminuita capacità di pensare o concentrarsi come indecisione e titubanza; disturbi del sonno di qualsiasi tipo). Per contro, rammenta la dr.ssa med. _____, non sono presenti sentimenti di colpa eccessivi e inappropriati, poiché l’interessato attribuisce del tutto all’esterno il licenziamento e le conseguenze che ne sono derivate, né sono presenti pensieri ricorrenti di morte o suicidio o qualunque comportamento suicidario. Le idee di morte sono infatti indicate come pervasive e senza progettualità. Ora, per poter diagnosticare un episodio depressivo grave, oltre alla presenza dei tre criteri del punto B, è necessaria anche la presenza di criteri del punto C, tale da raggiungere almeno gli 8 item. Ciò che in concreto non è il caso. Il Dr. med. _____, del resto, con le osservazioni del 25 novembre 2013, che non fanno stato di un’ulteriore visita successiva a quelle del mese di luglio 2013, non smentisce quanto affermato dalla perita circa gli elementi da prendere in considerazione per poter diagnosticare un episodio depressivo grave, ma rileva piuttosto che ha utilizzato la codificazione F32.2 secondo l’ICD-10 per sottolineare il peggioramento del quadro psicopatologico, che tuttavia, come ampiamente descritto in precedenza, non è avvenuto rispetto alle visite dei mesi di aprile e maggio 2013; ciò esclude la presenza di un’instabilità dello stato valetudinario del ricorrente, del resto pure negata dalla dr.ssa med. _____ (cfr. doc. AI 71-2). Inoltre, la valutazione dell’incapacità lavorativa dell’80% sembra essere fondata unicamente sulla patologia di cui soffre il ricorrente, e meglio la diagnosi, senza prendere in considerazione una valutazione delle ricadute funzionali, facendo un bilancio tra i deficit e le risorse, ciò che hanno invece fatto le perite dal CPAS (doc. AI 71-3). L’insorgente evidenza che queste ultime, il 7 gennaio 2014, hanno dato la loro “ disponibilità, se del caso, per effettuare una nuova perizia ” (doc. V/2). Da questa locuzione l’interessato, contrariamente a quanto sembra emergere dalle sue osservazioni del 23 gennaio 2014 (doc. VII), non può tuttavia

trarre alcun vantaggio. Infatti, il solo fatto di essere disponibile per effettuare una nuova perizia, non implica che una nuova valutazione peritale sia necessaria. Circostanza quest'ultima che le specialiste non hanno del resto rilevato. Non va poi dimenticato che le conclusioni peritali sono state confermate anche dal dr. med. _____, medico SMR, FMH psichiatria e psicoterapia, sia il 24 maggio 2013 (doc. AI 55-1), che il 15 gennaio 2014 (doc. V/3). A questo proposito, circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalla perizia del CPAS del 3 maggio 2013 e dalle valutazioni del medico SMR, dr. med. _____, e deve di conseguenza confermare che l'interessato è incapace al lavoro al 100% dal 1° marzo 2012 al 30 settembre 2012 ed al 50% con effetto dal 1° ottobre 2012, ciò sia nella precedente attività che in qualsiasi professione adatta al suo stato di salute. Va qui ancora evidenziato che secondo costante giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento. Ne segue che se l'interessato ritiene che il suo stato di salute è peggiorato successivamente all'emanazione della decisione in esame, può inoltrare una nuova richiesta che sarà oggetto di un procedimento separato. 6. Va ora esaminato se l'UAI ha correttamente calcolato il grado d'invalidità del ricorrente. Per quel che concerne il reddito da valido, va ricordato che è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite del 13 giugno 2003 I 475/01 e del 23 maggio 2000 U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, vedi 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 (DTF 96 V 29; ZAK 1985 pag. 635 consid. 3; RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100 consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in

un'azienda simile (cfr. ad esempio la Circolare edita dall'UFAS, sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità, cifra marg. 3025). Per costante giurisprudenza, allorquando si tratta di stabilire il reddito da valido nel caso di assicurati che hanno perso il lavoro per motivi estranei all'invalidità, l'Alta Corte applica i dati statistici (cfr. sentenza 32.2013.61 del 22 novembre 2013). Nella STFA I 95/03 del 28 gennaio 2004 il TFA, ritenuta la disdetta del posto di lavoro non riconducibile a motivi di salute, ha concluso per l'applicazione dei dati statistici validi per un'attività semplice e ripetitiva: "(...) Was das Einkommen ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) betrifft, ist entgegen der Auffassung der Vorinstanz nicht vom zuletzt verdienten Lohn auszugehen, da die Versicherte wegen erfolgter (leidensfremder) Kündigung nicht mehr an diesem

Arbeitsplatz tätig wäre. Unter der (noch abzuklärenden) Annahme einer Teil- oder Vollerwerbstätigkeit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin einer einfachen und repetitiven Tätigkeit nachgehen würde, wobei für die lohnmassige Bestimmung auf Tabellenlöhne abzustellen ist. (...)" (STFA I 95/03 del 28 gennaio 2004, consid. 4.2.2). La nostra massima Istanza è giunta alla medesima conclusione nelle STFA I 792/05 del 15 marzo 2006 e I 98/06 del 21 aprile 2006. Nella STFA I 98/06 sono stati applicati i dati statistici nel caso di un assicurato che aveva perso il posto di lavoro a seguito di una ristrutturazione: "(...) Der Beschwerdeführer hat seine letzte Arbeitsstelle infolge einer Umstrukturierung, mithin aus invaliditätsfremden Gründen, verloren. Das mutmassliche Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) lässt sich daher nicht auf der Basis des zuletzt erzielten Verdienstes bestimmen, sondern muss gestützt auf die Tabellenwerte der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt werden. (...)" (STFA I 98/06 del 21 aprile 2006, consid. 4.1). Nella STF 9C_5/2009 del 16 luglio 2009, sempre nel caso di un assicurato che aveva perso il lavoro per motivi estranei all'invalidità, il TF ha confermato il giudizio cantonale che per calcolare il reddito da valido aveva applicato i dati statistici e, confermandosi nella propria giurisprudenza, ha ribadito che "(...) Für das Valideneinkommen hat das kantonale Gericht zu Recht nicht auf den zuletzt bei der früheren Arbeitgeberin verdienten Lohn abgestellt, weil der Beschwerdeführer diese Stelle nach den verbindlichen Feststellungen des kantonalen Gerichts aus invaliditätsfremden Gründen verloren hat und als Gesunder nicht mehr an der bisherigen langjährigen Arbeitsstelle tätig wäre. Das Vorgehen des kantonalen Gerichts entspricht der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 28. Januar 2004, I 95/03, E. 4.2.2). Es besteht kein Anlass, von dieser Rechtsprechung abzugehen. (...)" (STF 9C_5/2009 del 16 luglio 2009, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata poi ancora ribadita nelle STF 9C_130/2010 del 14 aprile 2010, consid. 3.3.1; 9C_660/2010 del 20 ottobre 2010, consid. 4.4.1; 9C_234/2011 del 10 giugno 2011, consid. 3.3; 9C_751/2011 del 30 aprile 2012, consid. 4 e 9C_394/2013 del 27 settembre 2013, consid. 3.3. Nella STF 9C_394/2013 del

E. 27

settembre 2013 il TF ha, in particolare, evidenziato che allorquando l'ultimo salario percepito dall'assicurato è superiore alla media esso può essere considerato quale reddito da valido solo se è stabilito con la verosimiglianza preponderante che l'interessato avrebbe continuato a percepirlo: "(...) Lorsque le salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée est supérieur à la moyenne, il ne peut être pris en considération au titre de revenu sans invalidité que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la personne assurée aurait continué à le percevoir. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée

réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt 9C_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181; voir également arrêt I 95/03 du 28 janvier 2004 consid. 4.2.2; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 2082 p. 552; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, p. 301). (...)" (STF 9C_394/2013 del 27 settembre 2013, consid. 3.3). Conformemente a quanto ancora recentemente deciso da questo Tribunale nella (citata) sentenza 32.2013.61 del 22 novembre 2013, anche nel caso di specie occorre far capo, come correttamente effettuato dall'UAI, ai dati statistici riportati nella tabella RSS. Infatti, in concreto non vi è alcun dubbio che l'interessato ha perso il posto di lavoro per motivi estranei allo stato di salute e che è divenuto incapace al lavoro proprio in seguito al licenziamento (cfr. doc. AI 1-1; 1-2; doc. AI 11-3: "l'inizio della sintomatologia è diretta conseguenza del licenziamento per lui imprevedibile, impreveduto ed anche immotivato"; cfr. anche la perizia del CPAS). Questa circostanza, del resto, non è contestata. Ritenuto inoltre che in base alle valutazioni del consulente in integrazione professionale, sulla base dei titoli di studio conseguiti, l'insorgente avrebbe potuto esercitare un'attività lavorativa nell'ambito delle attività amministrative (cfr. anche perizia CPAS, doc. AI 50-8), a giusta ragione l'UAI ha preso in considerazione i dati evinti dalla divisione economica 82, con conoscenze di qualifica 3 (conoscenze professionali specializzate). In base alla succitata tabella nel 2010 il reddito da valido ammonta a fr. 74'100.60 (5'881 : 40 X 42 [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in la Vie économique, 7/8 2013 pag. 94], moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). Nel 2011 il reddito da valido ammonta invece a fr. 74'841.60, nel 2012 a fr. 75'695, nel 2013 (anno d'inizio del diritto alla rendita) a fr. 76'225 (fr. 74'100.60 aumentati dello 1.0% per il 2011, dello 0.9% per il 2012 [42.1 ore] e dello 0.7% nel 2013; cfr. tabella B 10.2, pubblicata in La Vie économique, 10-2013, pag. 91 e stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali, in: www.bsf.admin.ch). 7. Per quel che concerne il reddito da invalido, come visto, 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, in applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo nel 2010 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.), categoria 3, avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'909.--, ossia fr. 70'908 all'anno (5'909 X 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999, U 274/98, p. 5 consid. 3a). Secondo la più recente giurisprudenza del TF (sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido occorre applicare la Tabella T1.1.10 (Indice dei salari nominali, secondo il sesso, 2011-2012, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, Indice svizzero dei salari per ramo, in: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/data/02.html>)). Il salario statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta pertanto a fr. 72'113 (Fr. 70'908 : 100 x 101,7) nel 2012, ultimo anno disponibile. Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando così queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale di 41,7 ore computabili nel 2012, il salario medio ipotetico da invalido ammonta a Fr. 75'178 (Fr. 72'113: 40 x 41,7). Nel 2013 esso ammonterebbe a fr. 75'704 (75'178 + [0,7% di fr. 75'178]; cfr. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicklung/quartal.html). Come rilevato dallo stesso insorgente, presso l'attuale datore di lavoro, egli avrebbe guadagnato un importo superiore rispetto a quello previsto dalle tabelle RSS per un'attività equivalente (cfr. considerando precedente). Ne segue che in concreto non sono in ogni caso realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido ai sensi della sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009. 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). Con

sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il TF ha affermato: " 5.4 Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa ("Angemessenheits-kontrolle"). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 seg.). 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare – a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione – il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...)" Nel caso di specie l'UAI ha deciso una riduzione globale del 6%, tuttavia non più possibile in virtù della predetta giurisprudenza. In concreto il TCA ritiene più consona alla giurisprudenza una riduzione del 10%. Raffrontando il reddito da valido di fr. 76'225 con quello da invalido di fr. 75'704, ridotto dapprima del 50% a fr. 37'852 e poi del 10% a fr. 34'067, si ottiene un grado d'invalidità del 55% che dà diritto a mezza rendita, come calcolato dalla cassa. Questo TCA evidenzia infine abbondanzialmente quanto segue. Se si volesse seguire, per pura ipotesi di lavoro, la tesi ricorsuale, e meglio utilizzare il salario percepito dal ricorrente nell'ultima attività lavorativa da lui svolta quale reddito da valido, nel preciso caso di specie, tenuto conto che l'insorgente è incapace al lavoro al 50% sia nella precedente attività che in qualsiasi professione adatta al suo stato di salute, l'esito non sarebbe diverso. Infatti, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità". Egli dovrebbe pertanto continuare a svolgere la sua precedente attività al 50% ed in questo caso andrebbe effettuato un paragone percentuale dei redditi ("Prozent Vergleich; "comparaison en pour-cent") che condurrebbe al riconoscimento di una rendita, al massimo, del 50%. Infatti il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del

17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione: " 2.5 Par un troisième moyen, le recourant reproche aux juges cantonaux de ne pas avoir procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. Alléguant un revenu sans invalidité de 113'900 fr. et un revenu d'invalidé de 30'000 fr., il est d'avis que le taux d'incapacité de gain est de 74 %. Ce point de vue est mal fondé. Dans la mesure où la capacité de travail de l'intéressé est encore de 50 % dans son ancienne activité, le revenu qu'il pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspond à une incapacité de gain de 50 %. (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313; 104 V 135 consid. 2b p. 136 s.)." Alla luce delle considerazioni sopra esposte il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 8. L'insorgente, con il ricorso, accenna all'assunzione di numerose prove, tra le quali il richiamo dell'incarto AI, prodotto dall'amministrazione con la risposta di causa, l'allestimento di una perizia giudiziaria e l'interrogatorio/deposizione personale (doc. I). Per quanto concerne la perizia, questo Tribunale ha già diffusamente spiegato per quale motivo il referto del CPAS è ampiamente sufficiente per giudicare il caso di specie, senza che sia necessario procedere con ulteriori accertamenti medici (cfr. consid. 5). A proposito della richiesta di interrogatorio personale va invece evidenziato che l'audizione richiesta può essere rifiutata senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. sentenza 9C_903/2011 consid. 6.3 del 25 gennaio 2013 che ha confermato questo principio [cfr. anche sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2], nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). In concreto, non essendo stata presentata una " domanda espressa di procedere ad un'udienza pubblica " (l'assicurato chiede il suo interrogatorio/la sua deposizione), questo TCA rinuncia all'audizione del ricorrente poiché superflua ai fini dell'esito della vertenza (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2; cfr. sentenza 9C_578/2008 del 29 maggio 2009 dove la generica richiesta di " vegliare alla parità delle armi [...] e all'applicazione dell'art. 6 CEDU " non è stata giudicata sufficiente per far sorgere l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico). Va ancora 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 Verwaltungsrechts-pflege 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, 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 queste condizioni il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. 9. 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. 500.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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