

TI_GERICHTE 32.2014.157 vom 24. September 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-09-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.157

FR: TI_GERICHTE 32.2014.157 du 24 septembre 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.157 del 24 settembre 2014

Erwägungen

E. 28

aprile 2014, consid. 5; 9C_738/2007 del 29 agosto 2008, consid. 2.1 non pubblicato nella DTF 134 V 405; DTF 133 I 201 consid. 2.2 e 127 V 431). Non si può del resto prescindere dall'osservare che all'assicurato, rispettivamente al suo legale, era comunque data la possibilità di visionare la documentazione medica agli atti e sulla quale l'Ufficio AI ha basato la sua decisione, facoltà di cui tuttavia egli non ha ritenuto di dover usufruire, nemmeno in questa sede. Giova ancora precisare che anche nel caso di una grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se (come in concreto) una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse (di pari rango del diritto di essere sentito) della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387, consid. 5.1 p. 390 con riferimenti; STF 9C_744/2012 del 15 gennaio 2013, consid. 6.1; 9C_937/2011 del 9 luglio 2012, consid. 2.3 e 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011). Nel merito 2.3. Oggetto del contendere è sapere se l'assicurato ha diritto a dei provvedimenti professionali o ad una rendita. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, p. 1411, n. 46). Secondo l'art. 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 LPGGA 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., p. 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 p. 84) . 2.5. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. DTF 127 V 298 consid. 4c). Affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, p. 571 seg., in particolare la nota 158, p. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 p, 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lavorativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante 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). 2.6. Nel caso in esame, ricevuta la domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha dapprima interpellato i medici curanti, segnatamente la dr.ssa _____, psichiatra, la quale, nel certificato del 27 giugno 2012, ha ritenuto di non poter quantificare l'abilità lavorativa. Dal canto suo il dr. _____, internista curante, nel rapporto del 7 agosto 2012 ha attestato un'inabilità lavorativa totale dal 2006 come impiegato d'ufficio e ogni attività per le diagnosi di "fistole, ascessi perianali recidivanti, stati depressivi, sindrome da disadattamento" (doc. AI 5 e 11). Dal canto suo il dr. _____, specialista in dermatologia, a dipendenza della diagnosi di Lupus erythematoses cutaneo, il 25 settembre 2012 non ha attestato alcuna inabilità lavorativa (doc. AI 14). Infine, la dr.ssa _____, specialista in medicina interna e gastroenterologia, nel rapporto medico all'Ufficio AI del 25 giugno 2012, riferito di avere in cura l'assicurato dal

E. 29

settembre 2006 e di averlo visto l'ultima volta il 27 aprile 2012, ha posto le diagnosi di "Fistola anale con ostium internum nel transito retto-ale e decorso intersfinterico con diversi interventi proctologici di cui l'ultimo di successo, dermatopatia cronica tipo lupus, stato da gastrite B associata ad Helicobacter pylori con trattamento eradicativo, Valutazione per malattia infiammatoria cronica intestinale tipo Morbo di Crohn negativa". Ha quindi esposto che nel corso delle ultime consultazioni del settembre 2011 e aprile 2012 si evidenziava un funzionamento proctologico favorevole nonostante una qualche difficoltà

all'evacuazione delle feci con talvolta dolori anali. Ha quindi affermato che: " A livello gastrointestinale rispettivamente proctologico il paziente non assume nessun trattamento medicamentoso tranne un qualche spasmolitico. Non sono pertanto i grado di valutare l'incapacità lavorativa. Considerando i pregressi ascessi e le fistole anali rispettivamente gli interventi proctologici effettuati in paziente a rischio di dolori anali con imminente incontinenza e stimoli imperativi, consiglierai di prendere in considerazione il cambiamento dell'ambito lavorativo a favore di un ambiente tipo ufficio. È importante tener conto che il signore RI 1 necessita di un servizio igienico nella vicinanza. Per ulteriori informazioni propongo di prendere contatto con il dr. _____ (curante) e con il dermatologo dr. _____" (doc. AI 4-3) Sentito il SMR, nel novembre 2012 l'Ufficio AI ha ordinato una perizia psichiatrica a cura del Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS). Nel referto del 14 gennaio 2013 la dr.ssa _____ del CPAS, specialista in psichiatria, ha posto le diagnosi seguenti: " 1. DIAGNOSI PSICHIATRICA (ICD-10) 5.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro EPISODIO DEPRESSIVO DI GRADO MEDIO (ICD-10-F32.1) 5.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro DISTIMIA (ICD-10: F34.1) e osservato quanto segue: " 6. DISCUSSIONE (...) L' A. ha mostrato buone capacità di tollerare un lungo colloquio e non ha avuto la necessità di interrompere la seduta, salvo nella pausa proposta dal perito (e durata circa 10'). L'attenzione è sempre apparsa adeguata e così pure la capacità di ricordare eventi e date. L'esame psichico effettuato evidenzia una condizione di tristezza e prostrazione. L'umore è apparso depresso, con un vissuto di indegnità, di colpa e fallimento. Emerge un ridotto piacere per le attività della vita quotidiana, scarsa progettualità e ridotto interesse per ciò che lo circonda. Allo stato attuale non sono presenti idee di morte e l'istinto vitale appare conservato, tuttavia lo slancio vitale risulta ridotto e inficiato dal vissuto di vergogna e fallimento. Il contenuto del pensiero è dominato da idee depressive, con continui riferimenti al dispiacere di non aver portato a termine il master in Economia e di sentirsi un fallito. Emergono, sfumati temi di stampo persecutorio e qualche idea di riferimento, benché non strutturati in modalità deliranti. La forma del pensiero appare caratterizzata da un certo rallentamento delle idee e inibizione del pensiero, con perseverazioni sui temi di fallimento personale. Non vengono riferiti disturbi della percezione. L'architettura del sonno è disturbata e caratterizzata da lunga latenza di addormentamento e numerosi risvegli durante la notte. Il sonno è poco ristoratore. La critica di malattia 6 presente e il paziente descrive in modo sufficientemente coerente sia la propria storia di vita, che le proprie difficoltà legate ai disturbi lamentati. La dottoressa _____, nel corso delle valutazioni psichiatriche condotte tra il febbraio e il marzo 2012, ha avanzato l'ipotesi diagnostica di una condizione depressiva di tipo distimico e di Disturbo paranoide della personalità. Già a partire dal 2002 (anno in cui l' A. 6 stato licenziato dalla ditta _____ ed è iniziato il tentativo infruttuoso di un impiego professionale continuativo), viene riferita dall' A. una condizione di tristezza, per cui riceveva comprensione e sostegno da parte del medico di famiglia. Dalla raccolta anamnestica, una tonalità dell'umore che potrebbe essere definita distimica, sia nei criteri diagnostici che nella durata, è possibile rintracciarla a partire dal periodo successivo all'interruzione della tesi di Master, fino alla sofferta decisione di ritirarsi dagli studi (ottobre 2010). Riteniamo che il disturbo distimico pre-esistente sia, allo stato attuale, sovrapposto ad un Episodio Depressivo di grado medio, di cui emergono più intensamente i sintomi clinici. Non è agevole, peraltro, individuare in modo inequivocabile l'esordio dell' Episodio depressivo attualmente osservato, considerata la pre-esistenza di sintomi depressivi correlabili alla Distimia. Dell'Episodio depressivo di grado medio sono

soddisfatti i seguenti criteri diagnostici: l'umore depresso di un livello abnorme per il soggetto e presente per la maggior parte della giornata; la perdita dell'interesse e del piacere; la diminuita energia; la perdita di autostima; i sentimenti di auto-biasimo; la diminuita capacità di concentrarsi; i disturbi del sonno; il marcato rallentamento della ideazione; la riduzione della libido; episodi di agitazione psicomotoria e il bisogno di camminare spesso durante il giorno. Vi è una continua rimuginazione autocolpevolizzante sul tema: "la tesi di Master inconcluse. Dal 2010, ovvero da quando non è più riuscito a proseguire la tesi e ha in seguito, dovuto fare la rinuncia agli studi, è lentamente e ulteriormente peggiorato lo stato dell'umore. Relativamente all'ipotesi diagnostica di "Disturbo Paranoide della Personalità", secondo la nostra valutazione psichiatrica, durata in tutto 4 ore, i criteri di tale disturbo non risulterebbero soddisfatti. (...) Quanto finora descritto ed argomentato ci porta a considerare l' A. inabile al lavoro nella misura del 50%, a partire almeno dal dicembre 2012. A nostro giudizio, allo stato attuale, le menomazioni legate all' Episodio Depressivo di grado medio producono una sofferenza psicologica che si ripercuote nell'ambito socio-lavorativo e personale. I limiti funzionali presenti sono dettati dalla condizione depressive e sono riconducibili ad una marcata riduzione delle energie vitali, all' ideazione depressiva, al vissuto di incomprendimento, inutilità e persecutorietà che l' A. sperimenta. Inoltre, il quadro ansioso, la marcata diminuzione dello slancio vitale, i sentimenti di indegnità, vergogne e fallimento riducono drasticamente la capacità di proiettarsi nel futuro e di provare piacere nelle attività che normalmente ne procurano. Il rallentamento ideativo, l'inibizione del pensiero e la ridotta motivazione producono una condizione di intensa apatia e astenia che rende le attività faticose e estenuanti. Il disturbo dell'architettura del ritmo sonno-veglia produce una modalità poco organizzata e dispersiva nello svolgimento della giornata e interferirebbe peggiorativamente nello svolgimento delle mansioni lavorative. Nell'ambito della valutazione generale dell'A., ci preme ricordare il ruolo rivestito dalla problematica somatica proctologica di cui l'A. soffre de tempo. Infatti, come argomentato sia nei "dati soggettivi dell'assicurato" che nella "descrizione della giornata", i disturbi, pur regrediti rispetto alla sintomatologia particolarmente disturbante precedente, costituiscono motivo di sofferenza per l'A. e di umiliazione e, secondo la nostra valutazione, rappresenterebbero un costante trigger, peggiorativo dello stato dell'umore e della stima di sé. Relativamente alle risorse, vorremmo ricordare che l'A. ha avuto l'energia, la progettualità e la costanza di iscriversi e proseguire un Master impegnativo come quello di Economia Politica, insieme a degli studenti di un'altra generazione, armonizzandosi all'interno della classe frequentata, e sostenendo uno dopo l'altro i complessi esami universitari. Si ricorda che nell'ultima attività svolta e nelle precedenti (soprattutto in quelle in cui la componente relazionale e del servizio all'utente era preminente), l' A. ha mostrato doti di comunicazione e di ascolto non comuni, riconosciute dai datori di lavoro. Inoltre, la lunga preparazione scolastica, i continui aggiornamenti, le lingue straniere acquisite, i corsi frequentati e i titoli ottenuti, lo rendono una persona aggiornata su temi di tipo sociale, assistenziale, informatico, oltre che impiegatizio-contabile. Anche per tali motivi ipotizziamo che l'A. possa avere l'opportunità di mettere a frutto tali risorse, in un futuro auspicabile. (...) Per questo motivo si suggerisce un percorso psicoterapico mirato, di tipo espressivo e non unicamente di sostegno, anche considerate le caratteristiche personali dell' A. Infatti, il percorso di vita, relazionale, lavorativo e familiare, indicherebbe la presenza di un sufficiente bagaglio di capacità esplorative, interesse di approfondimento degli aspetti psicologici e relazionali. Per quanto riguarda la psicofarmacoterapia, riteniamo opportuno un trattamento con farmaci appropriati, (e che non interferiscano con la problematica

somatica), verosimilmente antidepressivi, ottenendo l'accordo dell' A. Tale suggerimento farmacologico nasce dalla constatazione del quadro depressivo in atto, caratterizzato dai temi di colpa, fallimento e persecutorietà sfumata, dalla profonda astenia, che producono un' interferenza drasticamente peggiorativa sulla qualità della vita dell' A. Potrà essere opportuna una rivalutazione del caso tra circa 12-18 mesi.” (doc. AI 22/10-14) Le conclusioni peritali (50% di inabilità lavorativa dal dicembre 2012 in ogni attività a dipendenza della diagnosi di episodio depressivo di grado medio) sono state fatte proprie dal SMR mediante rapporto finale del 21 gennaio 2013 (doc. AI 23). Mediante referto all'Ufficio AI del 16 dicembre 2013 gli specialisti del Servizio Psico Sociale (SPS), presso il quale l'assicurato ha iniziato un percorso psicoterapico dal 29 marzo 2013, con regolari colloqui psicologici, hanno posto le diagnosi di “ F32.1 Episodio depressivo di grado medio, Z56 Problemi correlati all'occupazione e alla disoccupazione, Z65.5 Esposizione a disastri o guerre” . Gli specialisti hanno evidenziato che malgrado il sostegno terapeutico non era evidenziabile un miglioramento sostanziale per quanto riguardava la sintomatologia depressiva, nonostante si fosse portato a dosaggio il medicamento, il paziente continuando ad esprimere importanti vissuti di fallimento, di vergogne, di colpa e di impotenza, mentre che sembrava esserci un miglioramento per quanto riguardava il ciclo del sonno e la sensazione di stanchezza. Hanno quindi concluso confermando un'incapacità lavorativa del 50% quale aiuto contabile dal dicembre 2012, facendo riferimento alla perizia del 14 gennaio 2013 del CPAS. La ridotta capacità lavorativa era motivata come segue: " Il paziente a causa della patologia depressiva in atto presenta ridotta capacità di concentrazione, abulia, anedonia che inficiano le sue capacità organizzative e decisionali. Egli inoltre riferisce un'importante inquietudine con tensione endopsichica che gli impedisce di rimanere in uno stesso ambiente troppo a lungo, necessitando di fare passeggiate all'aria aperta per vincere il subentrante senso di oppressione. Tali aspetti portano ad una consistente ricaduta sul piano funzionale. Come si ripercuotono sul lavoro? Il quadro citato non consente un normale rendimento lavorativo. Va tuttavia sottolineato come un reinserimento nel mondo del lavoro potrebbe mitigare sentimenti e vissuti di colpa e inutilità derivanti dal fatto che attualmente sia unicamente la moglie a garantire il sostentamento alla famiglia.” (doc. AI 29) Sulla base di questi atti medici, l'amministrazione ha concluso, mediante un primo progetto di decisione del 30 dicembre 2013, che, data un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività lavorativa dal dicembre 2012, si rilevava che visto che dal profilo lavorativo negli anni subito precedenti l'inizio dell'inabilità lavorativa (almeno dal 2005) l'assicurato non aveva più svolto attività lavorativa, bisognava presumere che in assenza di danno alla salute avrebbe continuato a non svolgere un'attività, ragione per cui non era dato un diritto alla rendita (doc. AI 30). Avendo l'assicurato presentato le sue osservazioni al progetto contestandone le conclusioni (doc. AI 31-1), l'amministrazione ha proceduto al confronto dei redditi stabilendo una perdita di guadagno e un conseguente grado di invalidità del 37%. Mediante un nuovo progetto di decisione del 22 luglio 2014, poi confermato con il provvedimento contestato del 24 settembre 2014 (dopo valutazione delle osservazioni presentate dall'assicurato il 9 settembre 2014, doc. AI 41), l'amministrazione ha quindi confermato il diniego di prestazioni (doc. AI 42).

2.7. 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). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, p. 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 p. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, p. 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, 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). 2.8. Nell'evenienza concreta, questo TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato dall'amministrazione e in particolare dai periti del CPAS, i quali hanno allestito una perizia che questo TCA non può non ritenere dettagliata, approfondita e convincente. Più precisamente, gli psichiatri del CPAS, nel referto peritale

del 14 gennaio 2013, dopo aver posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di episodio depressivo di grado medio (ICD-10-F32.1) e quella, non invalidante, di distimia (ICD-10: F34.1), hanno riferito che l'assicurato già dal 1992 lamentava disturbi a livello intestinale con ascessi perianali recidivanti e fistole dal 2000, essendo quindi stato sottoposto a numerosi interventi proctologici, di cui l'ultimo nel marzo 2009, definito dagli specialisti ad esito di successo, segnatamente anche dalla dott.ssa _____ che lo cura dal 2006. Hanno quindi rilevato che l'esame psichico effettuato evidenziava una condizione di tristezza e prostrazione, con umore depresso, un vissuto di indegnità, di colpa e fallimento, ridotto piacere per le attività della vita quotidiana, scarsa progettualità e ridotto interesse per ciò che lo circondava; assenti invece idee di morte. Il contenuto del pensiero era dominato da idee depressive, con continui riferimenti al dispiacere di non aver portato a termine il master in _____ e di sentirsi un fallito. La forma del pensiero appariva caratterizzata da un certo rallentamento delle idee e inibizione del pensiero, con perseverazioni sui temi di fallimento personale, e sonno poco ristoratore. Rilevato come non fosse facile individuare in modo inequivocabile l'esordio dell'episodio depressivo di grado medio osservato, considerata la pre-esistenza di sintomi depressivi correlabili alla distimia, gli specialisti hanno considerato che di tale diagnosi erano soddisfatti i seguenti criteri diagnostici: l'umore depresso di un livello abnorme per il soggetto e presente per la maggior parte della giornata; la perdita dell'interesse e del piacere; la diminuita energia; la perdita di autostima; i sentimenti di auto-biasimo; la diminuita capacità di concentrarsi; i disturbi del sonno; il marcato rallentamento della ideazione; la riduzione della libido; episodi di agitazione psicomotoria e il bisogno di camminare spesso durante il giorno. Non erano per contro soddisfatti i criteri dell'ipotesi diagnostica di "Disturbo Paranoide della Personalità", mentre l'atteggiamento dell'assicurato deponesse piuttosto per "un contenuto del pensiero sfumatamente ed episodicamente caratterizzato da rimuginazioni interpretative e di autoriferimento, dedicate al tema della ricerca del lavoro, senza tuttavia avere le caratteristiche di pervasività, persistenza, nè inizio nella tarda infanzia o nell'adolescenza". Alla luce di tale diagnosi secondi i periti, l'assicurato andava considerato inabile al lavoro nella misura del 50%, a partire almeno dal dicembre 2012, considerato come la sofferenza psicologica si ripercuoteva nell'ambito socio-lavorativo e personale, con limiti funzionali dettati dalla condizione depressiva e riconducibili ad una marcata riduzione delle energie vitali, all'ideazione depressiva, al vissuto di incomprendimento, inutilità e persecutorietà che l'interessato sperimentava. Inoltre, il quadro ansioso, la marcata diminuzione dello slancio vitale, i sentimenti di indegnità, vergogna e fallimento riducevano drasticamente la capacità di proiettarsi nel futuro e di provare piacere nelle attività che normalmente ne procurano. Hanno pure osservato che il rallentamento ideativo, l'inibizione del pensiero e la ridotta motivazione producevano una condizione di intensa apatia e astenia che rendeva le attività faticose e estenuanti. Inoltre il disturbo dell'architettura del ritmo sonno-veglia produceva una modalità poco organizzata e dispersiva nello svolgimento della giornata, interferendo peggiorativamente nello svolgimento delle mansioni lavorative. Con riferimento alla capacità lavorativa residua, i periti hanno sottolineato che l'assicurato aveva comunque avuto l'energia, la progettualità e la costanza di iscriversi e proseguire un Master impegnativo come quello di _____, con i relativi complessi esami universitari; inoltre nelle attività lavorative svolte l'assicurato aveva mostrato doti di comunicazione e di ascolto non comuni, riconosciutegli dai datori di lavoro. Considerato inoltre come egli fosse una persona preparata e aggiornata su vari temi, hanno rilevato che ritenevano auspicabile che egli potesse avere l'opportunità di mettere a frutto le sue risorse in ambito lavorativo.

Hanno inoltre consigliato un percorso psicologico e psicoterapico mirato, di tipo espressivo e non unicamente di sostegno, oltre che una psicofarmacoterapia, con farmaci appropriati, verosimilmente antidepressivi, (doc. AI 22/10-14) (doc. AI 22). Tali conclusioni sono state sostanzialmente condivise dagli specialisti del SPS che hanno seguito il ricorrente dal marzo 2013 con colloqui psicologici a cadenza quindicinale e visite occasionali con la psichiatra per il monitoraggio della farmacoterapia. Nel rapporto all'Ufficio AI del 16 dicembre 2013 gli stessi hanno in effetti rilevato che, data la diagnosi di episodio depressivo di grado medio, con problemi legati all'occupazione e alla disoccupazione e all'esposizione di disastri e guerre, il paziente non avesse sino a quel momento dimostrato un miglioramento sostanziale per quanto riguardava la sintomatologia depressiva, nonostante si fosse portato a dosaggio il medicamento. Egli continuava infatti ad esprimere importanti vissuti di fallimento, di vergogne, di colpa e di impotenza, che rischiavano di aumentare ora che la moglie stava finendo la propria formazione di operatrice socio-sanitaria, assumendo quindi sempre più il ruolo di capo-famiglia, anche agli occhi dei figli. Sembrava invece esserci un miglioramento per quanto riguardava il ciclo del sonno e la sensazione di stanchezza. Con riferimento alla capacità lavorativa, il rapporto ha concluso confermando integralmente le conclusioni tratte dal CPAS, segnatamente di abilità lavorativa del 50%, osservando come fosse consigliabile il proseguimento della terapia farmacologica antidepressiva e come gli impedimenti riscontrati consistessero in ridotta capacità di concentrazione, abulia, anedonia (che inficiavano le sue capacità organizzative e decisionali), oltre a un'importante riferita inquietudine con tensione endopsichica (che gli impediva di rimanere in uno stesso ambiente troppo a lungo). La perizia ha infine sottolineato come “ un reinserimento nel mondo del lavoro potrebbe mitigare sentimenti e vissuti di colpa e inutilità derivanti dal fatto che attualmente sia unicamente la moglie a garantire il sostentamento alla famiglia”. (doc. AI 29) Ora, tali conclusioni, condivise sia dal CPAS che dai sanitari del SPS - questi ultimi dopo aver seguito l'assicurato sull'arco di circa dieci mesi con dei colloqui psicologici a cadenza quindicinale e colloqui occasionali con la psichiatra - devono essere ritenute dal TCA approfondite e convincenti, ritenute inoltre come le stesse non siano state validamente smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una convincente diversa valenza delle patologie diagnosticate o l'intervento di un peggioramento duraturo e rilevante, subentrato dopo la perizia del 14 gennaio 2013 e entro la data rilevante della decisione contestata (la quale delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 75/05 del 23 giugno 2005; C 43/00 del 30 settembre 2002). In realtà, l'assicurato non contesta sostanzialmente la perizia psichiatrica o più in generale gli accertamenti medici condotti dall'amministrazione, ma si limita in sintesi a sostenere che gli dovrebbe essere riconosciuta un'inabilità lavorativa maggiore. Non apporta tuttavia il benché minimo elemento atto a mettere in dubbio le conclusioni dell'Ufficio AI, non avendo egli prodotto, nel corso della procedura amministrativa e nem-meno in questa sede, documentazione medica idonea a contraddire la succitata concludente valutazione specialistica peritale. Per quanto concerne la presenza della diagnosi dermatologica di “lupus eritematoso cutaneo” a ragione la stessa è stata ritenuta quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa. In effetti, il mancato influsso sulla capacità lavorativa di tale affezione è stato attestato non solo dal medico curante dr. _____ (cfr. il rapporto del 7 agosto 2012, doc. AI 11), ma anche nella sostanza dallo specialista in dermatologia dr. _____, il quale, nel rapporto all'Ufficio AI del 25 settembre 2012, si è limitato ad indicare quali impedimenti l'esposizione alla luce intensa, in particolare del sole,

raccomandando quindi l'esercizio di una professione che non imponga l'esposizione solare o a fonti di calore molto intenso (doc. AI 14-3). Per quanto riguarda invece la problematica intestinale e proctologica di cui soffre da anni il ricorrente, emerge dall'inserito che dal 2000 egli ha lamentato disturbi a livello intestinale sempre più fastidiosi, con formazione di ascessi perianali e fistole che hanno necessitato numerosi interventi proctologici, di cui l'ultimo nel marzo 2009, definito dagli specialisti ad esito di successo. Del resto, dall'ultimo intervento sopracitato, l'assicurato stesso ha dichiarato di stare meglio, benché i disturbi non siano completamente regrediti. In proposito è stata interpellata la dott.ssa _____, specialista in gastroenterologia che segue l'assicurato dal settembre 2006. Nel suo rapporto all'Ufficio AI del 25 giugno 2012 la specialista, posta la diagnosi di "Fistola anale con ostium internum nel transito retto- anale e decorso intersfinterico, con diversi interventi proctologici di cui l'ultimo di successo: fistulectomia e Mucosal Flap" (oltre a quelle di Dermatopatia cronica tipo lupus, stato da gastrite B associata a Helicobacter pylori con trattamento eradicativo e, infine, valutazione (negativa) con colonoscopia normale, per Morbo di Crohn) ha riferito che in occasione delle ultime consultazioni del 26 settembre 2011 e 27 aprile 2012 aveva visto un paziente che "aveva evidenziato un funzionamento proctologico favorevole, nonostante una qualche difficoltà all'evacuazione delle feci con talvolta dolori anali". Rilevato come il paziente non assumesse nessun trattamento medicamentoso tranne un qualche spasmolitico, per quanto riferito al problema gastrointestinale, ha quindi concluso che non era in grado di valutare un'incapacità lavorativa. Ha infine precisato che considerati i precedenti ascessi e gli interventi subiti, e il rischio di dolori anali con imminente incontinenza e stimoli imperativi, consigliava di "prendere in considerazione il cambiamento dell'ambito lavorativo a favore di un ambiente tipo ufficio" ritenuto come fosse "importante tener conto che il signor RI 1 necessita di un servizio igienico nelle vicinanze" (doc. AI 4-3). Alla luce di questa valutazione, resa da una specialista che segue da anni l'assicurato, a ragione l'amministrazione ha in sostanza concluso che la patologia proctologica non era tale da causare un'incapacità lavorativa aggiuntiva, gli unici limiti posti dalla curante specialista essendo quello di un lavoro in ufficio, come del resto era il caso delle attività abituali svolte dall'assicurato, e la disponibilità di un servizio igienico. Del resto questa conclusione è anche confermata da quanto emerge dalle valutazioni psichiatriche effettuate, nel corso delle quali è stata adeguatamente affrontata anche la problematica somatica proctologica e dalle quali emerge essenzialmente che la stessa si sia risolta in buona misura a seguito dell'intervento subito nel 2009, le limitazioni residue essendo in sostanza da ricondurre al fatto che le evacuazioni intestinali e la relativa pulizia intima connessa necessitino del tempo, con talvolta evacuazioni poco controllabili e dolorose. Secondo i periti in sostanza tale problematica sarebbe fonte di sofferenza per l'assicurato e di umiliazione costituendo quindi "un costante trigger, peggiorativo dello stato dell'umore e della stima di sé" (perizia CPAS, doc. AI 22), conclusioni sostanzialmente confermate anche dai sanitari del SPS (doc. AI 29). A ragione quindi si può convenire con l'amministrazione che la problematica proctologica non detiene una valenza invalidante a sé stante, ma è da ritenere da un lato che essa rappresenti uno dei fattori che hanno occasionato la problematica psichiatrica, come del resto sostenuto sostanzialmente dal ricorrente, e dall'altro che essa vada ritenuta inclusa nell'incapacità lavorativa del 50% a dipendenza della patologia psichiatrica. A tali conclusioni non muta lo stringato e non motivato certificato 7 agosto 2012, del dr. _____, internista curante, per il quale l'assicurato sarebbe incapace al lavoro nella misura totale a dipendenza delle diagnosi di "stato depressivo cronico, difficoltà a stare seduto per ascessi e fuoriuscita di

feci/pus dalle fistole, bisogno frequente di defecare” (doc. AI 11). Ora, a prescindere dal fatto che detta certificazione è precedente la resa della perizia del CPAS del 14 gennaio 2013 e del rapporto del SPS e che il curante non si sia successivamente più espresso, il dr. _____ non indica per quali motivi esattamente, segnatamente se somatici o psichiatrici, l’assicurato sarebbe da considerare totalmente inabile al lavoro. Richiamate le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF 9C-949/2010 del 5 luglio 2011, STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.7), la differente valutazione del curante in punto all’ esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) e in ogni modo non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell’amministrazione che si fondano, come detto, su una perizia specialistica, non da ultimo anche considerando come il dr. _____ è internista e quindi non specialista della materia che qui interessa. Questa Corte non misconosce quindi l’esistenza anche di una problematica proctologica, ma tuttavia, viste anche le pertinenti valutazioni del SMR (cfr. rapporto finale del 21 gennaio 2013, doc. AI 23 e Annotazione 18 novembre 2014, doc. V/bis), concorda con l’Ufficio AI nel ritenere che la documentazione medica agli atti non sia suscettibile di modificare le conclusioni dell’amministrazione o di indicare una modifica dello stato di salute dell’assicurato e tantomeno una specifica e ulteriore valenza invalidante di tale affezione somatica. In conclusione, rispecchiando la perizia del CPAS e pure la valutazione del SPS tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7) e potendo quindi alla stessa essere fatto riferimento, avendo permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell’insorgente, non essendo d’altra parte provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa in maniera rilevante, intervenuto dopo la valutazione peritale del 14 gennaio 2013 e prima della decisione contestata del 24 settembre 2014, sulla base anche del parere del SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. le STFA 9C-9/2010 e I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.5), e richiamato altresì l’obbligo che incombe all’assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572) - segnatamente anche con riferimento alla raccomandazione formulata dai periti psichiatrici di proseguire con la terapia presso il SPS e quella farmacologica - il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che egli sia da considerare abile nella misura del 50% in ogni attività. D’altra parte, va ricordato all’insorgente che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c). Se ne deve concludere che il ricorrente non ha in sostanza prodotto alcun certificato medico atto a dimostrare che, sino al momento dell’emanazione dell’atto impugnato (il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa; fr. DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b) , i disturbi di cui è affetto incidano sulla sua capacità lavorativa in maniera superiore a quanto appurato dagli specialisti interpellati dall’amministrazione.

Questo Tribunale ritiene inoltre 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, come postulato dal ricorrente. Ciò non toglie che, ritenuto come il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data del provvedimento in lite, l'interessato ha sempre la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, comprovando una rilevante modifica della situazione valetudinaria.

2.9. Per quel che concerne la valutazione economica va osservato quanto segue. Innanzitutto, per quanto riferito alla censura del ricorrente che sembra contestare la decisione impugnata laddove l'ha considerato salariato al 100%, la stessa misconosce manifestamente che la qualifica come salariato, parzialmente tale o persona che non esercita un'attività lucrativa - qualifica determinante al fine dell'applicazione del metodo per stabilire l'eventuale invalidità; cfr. gli art. 8 e 16 LPGa e art. 28 LAI) - nulla ha a che vedere con la valutazione della capacità lavorativa medico teorica, la quale, come detto, è stata oggetto di attente valutazioni specialistiche (cfr. consid. 2.8). Per il resto, va ricordato che al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: *Rechtssprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht*, 2010, ad art. 5, p. 47-50 e 53 e Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, p. 190 segg.). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato (STF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Nella fattispecie, la conclusione per cui l'assicurato vada considerato salariato a tempo pieno non presta il fianco a censura alcuna, rilevato come dalle ricerche di impiego effettuate dall'interessato risulta come egli abbia sempre cercato un'occupazione a tempo completo, anche in sede di domanda di indennità di disoccupazione e di iscrizione presso l'Ufficio di collocamento, nel corso dei vari anni (doc. AI 1-1). Appare evidente quindi che egli, in assenza del danno alla salute, avrebbe esercitato un'attività lavorativa a tempo pieno. Né del resto tale circostanza è mai stata contestata.

2.9.1. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe,

secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. p. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 p. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 p. 100s. consid. 3b). Il reddito da valido dev'essere determinato il più concretamente possibile e che di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (STF 9C_29/2012 del 27 giugno 2012 consid. 3.2; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1. p. 224 e riferimenti; per un caso in cui il TF ha applicato i valori statistici vedi la STF 9C_485/2011 del 18 giugno 2012), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Soltanto in presenza di circostanze particolari si giustifica di scostarsi da questo valore e di ricorrere ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà, segnatamente, il caso laddove non si dispongano informazioni sull'ultima attività professionale dell'assicurato (STF I 452/05 del 27 novembre 2006, consid. 3.1, I 201/06 del 14 luglio 2006, consid. 5.2.3, e U 243/99 del 23 maggio 2000, consid. 2b) o quando l'ultimo salario conseguito non corrisponde manifestamente a quello che l'assicurato sarebbe stato in grado di realizzare, secondo ogni verosimiglianza, quale persona non invalida, ad esempio allorché prima di essere riconosciuto definitivamente incapace di lavorare, egli era in disoccupazione (STFA I 774/01 del 4 settembre 2002) o incontrava delle difficoltà professionali a causa di un degrado progressivo del suo stato di salute (RCC 1985 p. 662). Nella decisione contestata, l'Ufficio AI, considerato come il danno alla salute era da ritenere insorto nel 2012, ha determinato il reddito da valido procedendo ad elencare i redditi conseguiti dall'assicurato nel corso della carriera lavorativa, dal 1991 (primo anno completo dopo l'arrivo in Svizzera) al 2011, quindi sull'arco di 21 anni (pari a 252 mesi), rilevando come in questo lasso di tempo egli avesse esercitato attività lavorativa solo durante 65 mesi, durata che corrispondeva ad una percentuale lavorativa del 26% sull'arco dell'intero periodo in cui era stato attivo in Svizzera. Rilevato tuttavia come l'interessato avesse sempre cercato attività lavorative a tempo pieno, ha correttamente concluso che egli andava considerato come salariato a tempo pieno. Per definire il reddito da valido l'amministrazione ha quindi proceduto determinando per ogni anno lavorativo il salario che l'assicurato avrebbe percepito se avesse lavorato tutto l'anno (per esempio nel 1990 egli ha lavorato tre mesi con un reddito totale di fr. 5'777; se avesse lavorato tutto l'anno avrebbe quindi conseguito fr. 23'108 ossia fr. 5'777 : 3 x 12). Sulla base di tutti i redditi annui ipotetici nel periodo 1990 - 2005, ha poi calcolato un salario annuo medio di fr. 37'798.- che, aggiornato all'indice nominale dei prezzi (con un aggiornamento medio degli indici degli anni 1990-2005), ha portato a fissare reddito da valido per il 2012 di fr. 45'803.-. Orbene, l'amministrazione ha proceduto in tal modo correttamente (s econdo la giurisprudenza, generalmente i redditi da attività dipendente ed indipendente iscritti nel conto individuale possono costituire la base di determinazione del reddito da valido - anche da invalido: DTF 117 V 8 consid. 2c/aa. Spetta all'assicurato dimostrare che tali dati si discostano in maniera rilevante dall'effettive entrate; STF 9C_111/2009 del 21 luglio 2009 con riferimento a SVR 1999 IVG nr. 24; STFA I 705/05 del 29 gennaio 2003 consid. 2.2.1.) elencando pure i diversi datori di lavoro presso il quale l'assicurato ha lavorato a partire

dalla sua entrata in Svizzera (1990), intercalati da periodi di disoccupazione. Visto quanto sopra, considerato anche come l'assicurato non contesti i dati elencati dall'Ufficio AI né, in definitiva, il reddito da valido preso a fondamento, questo TCA ritiene corretto tenere in considerazione quale reddito da valido il salario di fr. 45'803 indicato dall'amministrazione per il 2012.

2.9.2. Il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, 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). 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 137 V 73 consid. 5.2; 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 p. 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% (DTF 135 V 297 e STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5) Come si legge nella decisione contestata e nei rapporti 26 febbraio 2014 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 34), conformemente alla giurisprudenza, l'amministrazione ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (anno 2010) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione semplice e ripetitiva 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, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.), avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 62'413.70 (fr. 4'989.-- dopo aggiornamento al 2012 e riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 10-2013, pag. 90-91] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a]). L'Ufficio AI ha poi tenuto conto di una capacità lavorativa ridotta del 50% e riconosciuto una riduzione del reddito per circostanze personali dell'8%, determinando un reddito da invalido in fr. 28'710.30. Con riferimento alla riduzione operata dall'amministrazione dell'8%, va fatto presente che nel già citato rapporto 26 febbraio 2014 il consulente ha analizzato i singoli fattori di riduzione, concludendo per una riduzione in quella misura per "svantaggi salariali derivanti da contingenze" (doc. AI 34). In relazione a tale riduzione operata sul reddito statistico, deve essere osservato che la giurisprudenza di questo Tribunale (cfr. STCA del 31 gennaio 2013, 32.2012.36, confermata dal TF mediante pronuncia del 26 agosto 2013, 9C-179/2013; cfr. anche STCA 32.2012.265 del 11 giugno 2013) ha osservato che l'Alta Corte ha sempre avallato oppure determinato autonomamente delle riduzioni percentuali del reddito ipotetico da invalido comprese fra il 5% e il 25%, ma comunque sempre quantificate in un multiplo di 5 e che le graduazioni tra un massimo e un minimo dei valori di riduzione per ogni singola eventualità adottate dall'Ufficio AI del Canton Ticino non trovano conferma nella giurisprudenza federale. In concreto dunque, ritenuto che l'Ufficio AI ha considerato un fattore di riduzione nella misura dell'8%, per quanto esposto la riduzione dovrebbe ammontare al 10% e, quindi, un reddito da invalido di fr. 28'086.-- (62'413.70.-- meno il 50% e meno il 10%). Per il resto, con riferimento alla riduzione operata dall'amministrazione, la quale non è stata peraltro oggetto di critica da parte del ricorrente, va ricordato che il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 137 V 73 consid. 5.2; 126 V 80 consid. 5b/cc), ragione per cui questo Tribunale non intravede motivi per non confermare (con la menzionata correzione della percentuale) la valutazione del consulente in integrazione professionale. Dal raffronto tra il reddito da valido di fr. 45'803.-- ed il reddito da invalido di fr. 28'086.-- risulta un tasso d'invalidità del 38% (45'803 -28'086 x 100: 45'803) che poco si distanzia da quello (del 37%) fissato dall'amministrazione. A fronte di un'abilità lavorativa comunque completa in un'attività adeguata, a ragione, quindi, l'amministrazione ha concluso per un conseguente grado di invalidità che non conferisce il diritto ad una rendita di invalidità. In proposito va pure nuovamente richiamato il principio generale per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno: in virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze di una sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (DTF 123 V 233, 117 V 278 e 400, 113 V 28; Riemer■Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, 1999, pp. 57, 551 e 572). In concreto, anche considerando come il

ricorrente vanti esperienze lavorative variegata (è stato attivo fra l'altro come venditore, addetto alla logistica, interprete, segretario e impiegato d'ufficio, addetto alla reception, aiuto contabile) va evidenziato che esiste un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. pure la STF U 463/00 del 28 ottobre 2003, consid. 3.3). Il TF ha così già ripetutamente statuito che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (considerando 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347; Pratique VSI 1998 p. 296; cfr. anche STFA I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 p. 331), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici (RCC 1980 p. 482; cfr. inoltre STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). A ciò si aggiunge che, tramite la riduzione del reddito riconosciuta dalla giurisprudenza (DTF 126 V 75) - in concreto ammessa nella misura, generosa, del 10% - si tiene conto delle particolari limitazioni riconducibili al danno alla salute ("leidensbedingte Einschränkung", DTF 129 V 472 consid. 4.2.3 p. 481 con riferimenti, STF I 418/06 del 24 settembre 2007, consid. 4.3). Va detto pure che le limitazioni da rispettare dall'interessato, essenzialmente riferite all'esposizione al sole e alla necessità di disporre di un servizio igienico nelle vicinanze, non ostacolano lo svolgimento di tutta una serie di attività che non necessitano una particolare qualifica e in particolare dei lavori in ufficio, ai quali egli prioritariamente sembra indirizzato. Va pertanto ammesso che sul mercato generale del lavoro esistono delle attività (anche non qualificate) che l'interessato, malgrado il danno alla salute, sarebbe in grado di esercitare al 50%. Infine, il TCA rileva che pur non ignorando le difficoltà esistenti sul mercato del lavoro svizzero, tuttavia ciò rappresenta un elemento estraneo all'invalidità. Secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve in effetti compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 p. 96; SVR 1995 UV 35 p. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere, ma, semmai, l'assicurazione contro la disoccupazione (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 p. 332 consid. 3b, P. Omlin, op. cit., p. 83). È poi utile segnalare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito, va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale (cfr. STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008, 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, 8C_563/2012 del 23 agosto 2012; DTF 119 V 347; VSI 1998 p. 296 consid. 3b). Essendo quindi esigibile che l'assicurato sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 50% in attività adeguate con una corrispondente perdita di guadagno del 38%, non sufficiente per conferirgli il diritto ad una rendita di invalidità, la decisione contestata dev'essere confermata, mentre il ricorso va respinto. All'assicurato va comunque nuovamente fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva

alla data decisiva del provvedimento impugnato (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.10. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.11. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. 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, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, le valutazioni medico-teoriche effettuate e la valutazione del consulente in integrazione hanno permesso di accertare con la dovuta chiarezza il grado d'invalidità e l'insorgente, anche se patrocinato da un legale, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio tali valutazioni. Come visto sopra, nonostante non gli potesse sfuggire la necessità di contestare validamente le conclusioni a cui erano giunti i periti psichiatri chiamati ad esprimersi, l'insorgente in corso di procedura ricorsuale non ha prodotto alcuna documentazione medica idonea a contestare le valutazioni dei periti e dei medici SMR e/o a rendere verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del 24 settembre 2014. In simili condizioni, l'istanza tendente all'esonero delle spese e tasse di giustizia e all'ammissione del gratuito patrocinio deve essere respinta.

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