

TI_GERICHTE 32.2015.95 vom 28. April 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-04-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.95

FR: TI_GERICHTE 32.2015.95 du 28 avril 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.95 del 28 aprile 2015

Erwägungen

E. 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). In caso di perizia giudiziaria, il giudice - di regola - non si scosta, senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito medico, il cui ruolo consiste, appunto, nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti considerati (DTF 125 V 352 consid. 3b/aa e riferimenti ivi menzionati). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario nel caso in cui il rapporto peritale contenesse delle contraddizioni oppure sulla base di una controperizia richiesta dal medesimo tribunale, che porti a un diverso risultato (DTF 101 IV 130). Il giudice può scostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 8C_104/2007 del 28 marzo 2008 al consid. 3. A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA 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). 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 25 aprile 2007). In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in 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 è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto il principio giusta il quale, 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), precisando nel contempo che 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). L'Alta Corte ha inoltre puntualizzato che, 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). Questi principi sono stati confermati da TFA anche nella sentenza 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 al consid. 4.1). 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). 2.4. Nella decisione del 28 aprile 2015 (doc. AI 180-1/3), l'amministrazione ha negato la richiesta di prestazioni dell'assicurato fondandosi, dal profilo medico, sul parere medico del 2 marzo 2010 del medico dell'SMR (doc. AI 81) e sul rapporto finale del 19 dicembre 2014 allestito dal medesimo medico dell'SMR (doc. AI 160-1) e dei relativi complementi del 27 gennaio e del 4 febbraio 2015 (doc. AI 166-1 e 168-1). Il medico dell'SMR si è fondato sulla visita di chiusura del 30 novembre 2004 del medico _____, dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica (doc. LAINF 18-1/3) e sulla visita medica circondariale del 2 marzo 2007 del medesimo specialista (doc. LAINF 22-1/3), nonché sul rapporto medico del 2 giugno 2009 del dr. med. _____, FMH urologia (doc. AI 75-1/3) rispettivamente sulla perizia del 1° dicembre 2014 delle specialiste del CPAS (doc. AI 159-1/24). Nel rapporto del 2 marzo 2010 il medico dell'SMR - posta la diagnosi principale di " gonalgie recidivanti

in stato dopo plastica legamentare gin. dx " e le ulteriori diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di " stato dopo distorsione spalla sx. con attrito sottoacromiale " e di " papillomi vescicali recidivanti " - ha confermato la completa incapacità lavorativa nella precedente professione di operaio generico dal settembre 2003 al 26 aprile 2004 e dal 3 maggio 2004 al novembre 2004 ed ha accertato la piena capacità lavorativa (con rendimento normale) in un'attività adeguata, rispettosa dei limiti funzionali risultanti dalla visita di chiusura del 30 novembre 2004 della _____, dal novembre 2004, ritenuto pure che in caso di recidive della patologia vescicale l'IL sarebbe di pochi giorni (doc. AI 81-1/2). Nel rapporto finale del 19 dicembre 2014 il medico dell'SMR ha posto la diagnosi principale con influenza sulla capacità lavorativa di " disturbi funzionali di media entità al ginocchio destro e stato dopo plastica del legamento crociato anteriore il 20.11.2003 in stato dopo rottura del legamento crociato anteriore il 6.09.2003 " e quale ulteriore diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa ha invece indicato " episodio depressivo lieve F 32.0 reattivo a problemi legati all'occupazione Z56 ". Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica globale, il medico dell'SMR, in assenza di una patologia psichiatrica invalidante, ha confermato il contenuto del progetto di decisione del gennaio 2014 e, dunque, il precedente rapporto del 2 marzo 2010 (doc. AI 160-1).

2.5. L'insorgente contesta sostanzialmente la valutazione medica-psichiatrica operata dall'amministrazione, puntualizzando di non essere in grado di svolgere attività lavorative, ancorché semplici e ripetitive, oltre al grado del 50%. A torto. A questo proposito il TCA osserva infatti quanto segue.

2.5.1. Nel caso di specie, dagli atti di causa risulta che il 6 aprile 2014 il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha comunicato all'UAI quanto segue: " (...) con la presente vi informo in merito alle condizioni psichiche del mio paziente a margine e la mia valutazione della sua situazione(...). Anamnesi psichiatrica Il paziente mi è stato segnalato dal medico curante a inizio mese di novembre dello scorso anno a causa di un importante disturbo ansioso-depressivo slatentizzatosi progressivamente a seguito di annosa inabilità lavorativa conseguente ad infortunio lavorativo. In seguito a suddetto infortunio si era innescata la procedura assicurativa infortunistica con riconoscimento di una rendita _____ del 32%. Tramite il coinvolgimento dell'Ufficio Invalidità, il paziente aveva beneficiato di una riqualifica professionale ottenendo la patente per camion e poi di autobus. In considerazione delle sue condizioni fisiche il paziente non è più riuscito a lavorare a tempo pieno nell'attività nuovamente appresa; il medico curante ha da sempre ed ancora ultimamente certificato una sua inabilità lavorativa del 50% per motivi fisici. Purtroppo questa complessa situazione con riverbero a livello socio-lavorativo si è progressivamente complicata con la sovrapposizione di patologia psichiatrica, di cui io posso certificare. L'anamnesi psichiatrica remota del paziente è silente così come quella familiare. (...). Il primo colloquio col paziente è avvenuto presso il mio studio in data 13.11.2013. Egli mi riferisce in merito alla propria storia personale, con certa esitazione, non avrebbe mai pensato che sarebbe arrivato al punto di doversi rivolgere ad uno psichiatra. Non è molto incline ad assumere medicinali psicoattivi, non vede come potrebbero migliorare la sua situazione. Si sente insicuro, uno straccio, una persona senza valore, inferiore. Status psichico La timia inizialmente è serratamente rivolta verso il polo negativo con esplicitazione di idee suicidali che però, a conferma del paziente, non rischiano un imminente passaggio all'atto in senso autoclastico. Sentimento di "no future", in seguito di futuro molto incerto. Sentimento di fallimento personale, perdita di ruolo nella società ed a livello familiare quale capo famiglia. Perdita di fiducia nelle proprie risorse. Sentimento di solitudine e di essere stato abbandonato al proprio destino. Notevoli

preoccupazioni finanziarie. Spinta volitiva diminuita con progettualità deficitaria. Astenia. Anedonia con perdita di interessi personali, quali la musica etnica. Certa contrazione delle social skills. Certo rallentamento psicomotorio con compromissione della capacità di concentrazione e di attenzione. Buone capacità intellettive con capacità di critica, che permettono un lavoro psicoterapeutico più espressivo. Trattamento Sono previsti consulti psicoterapeutici di tipo soprattutto supportivo, a frequenza ogni 15 giorni circa. Si è prescritta la seguente terapia psicofarmacologica: DEROXAT Filmtabl 20 mg 1 1 0 0 Buona la compliance terapeutica; il paziente si è sempre presentato regolarmente agli appuntamenti, traendone beneficio soggettivo. Alcuni colloqui attuati in presenza della moglie, ciò che ha permesso pure una raccolta eteroanarmestica; la congiunta ha ribadito la gravità delle attuali condizioni psichiche del marito, sottolineando il cambiamento occorso durante gli anni rispetto alla-situazione antecedente all'infortunio. Decorso Dopo una certa iniziale reticenza da parte del paziente rispetto alla cura psichiatrica, egli é riuscito infine ad accettare una medicazione antidepressiva, che ha comportato un miglioramento della timia, perlomeno rispetto al sentimento di disperazione ed alle idee suicidali. Anche gli incontri sono vissuti con riferita soddisfazione; il paziente riesce a riportare pure materiale onirico. Persiste però uno stato depressivo sopra descritto, che rischia di cronicizzarsi e che al momento inficia la sua capacità lavorativa. (...)" (doc. 146-1/4). Il medico curante ha quindi valutato " una capacità lavorativa ridotta del 50% per qualsiasi tipo di attività (...) certificabile dall'esordio del trattamento psichiatrico-psicoterapeutico ", precisando nel contempo che la prognosi era da ritenersi " riservata; un miglioramento delle condizioni psichiche non è ipotizzabile entro breve termine; da parte specialistica si valuta che l'IL parziale sopra specificata rischia di perdurare "(doc. AI 146-1/4). A fronte di tali considerazioni, il 13 agosto 2014 l'UAI, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dal profilo psichico dell'assicurato, ha dato mandato al CPAS di esperire un accertamento medico psichiatrico (doc. AI 155-1/3). La dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha visitato il ricorrente il 2 ottobre 2014 (dalle ore 15.45 alle ore 17.30) e il 14 ottobre 2014 (dalle ore 14.00 alle ore 15.30). Ha avuto pure un colloquio con la moglie dell'assicurato il 14 ottobre 2014 (dalle ore 13.45 alle ore 14.05) e due colloqui telefonici con lo psichiatra curante anzidetto. La dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia nonché _____ del CPAS, e la dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto peritale del 1° dicembre 2014, dopo aver esposto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi, quelli oggettivi e la terapia psichiatrica, hanno posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 7. Diagnosi nell'ambito della specialità dell'esperto (diagnosi psichiatriche secondo ICD - 10 o DSM-V). 7.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro. Nessuna. 7.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro. Episodio depressivo lieve codificato secondo l'ICD 10 al codice 32.0, reattivo ai problemi legati all'occupazione Z56. 8. Discussione. Diagnosi psichiatrica. (...) pongo diagnosi di: episodio depressivo lieve ICD 10 F 32.0. L'assicurato ha presentato nel corso della vita buone risorse e capacità che ha saputo applicare in ambito familiare, lavorativo e sociale in patria e all'estero. Dopo l'arrivo in Svizzera come richiedente d'asilo non vengono riferite difficoltà di adattamento, si è inserito nel contesto sociale intrecciando rapporti armoniosi con familiari, amici, colleghi. Ha lavorato nel settore edile con discontinuità e per brevi periodi alternando periodi di disoccupazione. Non ha manifestato tendenze comportamentali patologiche. Non vi sono evidenze dall'anamnesi e dagli atti di disturbi psichiatrici con ripercussioni sul suo funzionamento fino all'autunno 2013. L'arresto dell'attività lavorativa dell'assicurato il 06.09.2003 fu per ragioni somatiche infortunistiche.

(...) Fu ricoverato presso la _____ di _____ dal 21.07.2004 al 20.08.2004 per una rieducazione ortopedica in luogo stazionario e per una valutazione globale. Il consulente dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia nel suo rapporto del 27.02.2004 pose diagnosi di probabile disturbo dell'adattamento con ansietà e depressione (F43.2), non proponeva alcuna terapia farmacologica, solo colloqui di sostegno. Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, consulente della _____ nel rapporto medico del 15.11.2004 (...) pose diagnosi di lieve sindrome ansiosa reattiva ad una condizione esistenziale precaria (licenziamento) con sindrome da dolore persistente. Non rileva dal lato medico-psichiatrico limitazioni per un'attività lavorativa completa compatibile con eventuali postumi infortunistici di tipo somatico. (...). Dal punto di vista psichiatrico non necessita di cure specialistiche. (...). Nel corso dell'autunno 2013, in relazione alle difficoltà finanziarie ed al mancato reperimento di un nuovo posto di lavoro, l'assicurato ha sviluppato umore deflesso, apatia, diminuita capacità di provare piacere, preoccupazioni per il futuro per sé ed i familiari con perdita a progettualità positive, episodi di insonnia e di ansia, sentimento di frustrazione e di risentimento per non essere aiutato a trovare un lavoro stabile confacente alle sue condizioni valetudinarie. L'attenzione dell'assicurato resta centrata sulla sintomatologia dolorosa alle ginocchia ed al rachide lombare e alle limitazioni funzionali. La gonalgia é da lui descritta come persistente e penosa ed associata ai dolori alla spalla sinistre e al rachide lombare è invocata quale causa di impossibilità nell'esercizio di professioni considerate pesanti. (...). La sintomatologia sviluppata dall'assicurato dall'autunno 2013 soddisfa i criteri per la diagnosi di un episodio depressivo codificato secondo l'ICD 10 al codice F32: G1 durata di almeno 2 settimane, G2 assenza di episodi maniacali o ipomaniacali precedenti, G3 non attribuibile all'uso di sostanze psicoattive o a malattia mentale organica. L'episodio depressivo sviluppato soddisfa i criteri per l'episodio depressivo lieve (F32.0). Criterio A: soddisfatti i criteri generali; ha 2 sintomi del criterio B umore depresso per la maggior parte della giornata, perdita di interesse per attività normalmente piacevoli e 2 sintomi del criteri C disturbi del sonno, lamentazioni di diminuita capacità di concentrarsi (arrivando ad numero totale di almeno 4 sintomi). Inizialmente il quadro clinico descritto agli atti e riferito dall'assicurato era composto da sintomi depressivi probabilmente di entità media. Lo stato psichico stando alle descrizioni raccolte e a quanta da me oggettivato è migliorato dall'inizio dell'episodio depressivo: descrizione dei sintomi all'esordio e attuali da parte dell'assicurato con evidenza di miglioramento degli stessi. (...). Per quanta riguarda le diagnosi differenziali è escludibile una sindrome da disadattamento ICD 10 F 43.2 (condizione di malessere soggettivo e disturbo emozionale che interferisce con il funzionamento e le prestazioni sociali e che insorge nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vite od evento di vite stressante, in cui l'esordio dei sintomi deve verificarsi entro un mese dall'esposizione all'evento stressante criterio A DCR; con evidenza di sintomi e di disturbi comportamentali del tipo descritto per le sindromi affettive F30-39, per le sindromi comprese in F40-48 e per i disturbi della condotta F91 senza che i criteri per le singole sindromi siano soddisfatte, criterio B) dopo il licenziamento Capacità lavorativa. L'episodio depressivo in corso dall'autunno 2013 non ha mai avuto ripercussioni sulla sua operatività e capacità lavorativa secondo quanta da me ricostruito anamnesticamente e agli atti, seconda il decorso descritto e rilevato e secondo quanto rilevabile oggettivamente (esame clinico e valutazione dei limiti e delle risorse) al momento della perizia da me effettuata. Non vi è mai stata una riduzione della capacità lavorativa dal lato medico psichiatrico imputabile all'episodio depressivo sviluppato dal suo esordio ad oggi. Anamnesticamente non è

evidenziabile alcun peggioramento clinico dell'episodio depressivo in atto dal momento dell'esordio e dalla prima valutazione della psichiatra curante e lo stesso è ora indubbiamente lieve F 32.0. I disturbi della capacità di concentrazione e memorizzazione lamentati dall'assicurato non sono riscontrabili oggettivamente durante l'esecuzione della perizia. Non fatica a ricordare le date dei dati anamnestici, le descrizioni sono esaustive e ricche di particolari; non vi sono deficit nella flessibilità, assertività, competenza, nella relazione con il perito e ciò trova riscontro nel Mini ICF-APP: test utilizzato per la descrizione di risorse e deficit (1 rispetto delle regole: grado di disabilità assente; 2 organizzazione dei compiti: grado di disabilità lieve; 3 flessibilità: grado di disabilità assente; 4 competenza: grado di disabilità lieve; 5 giudizio: grado di disabilità assente; 6 persistenza: grado di disabilità lieve; 7 assertività: grado di disabilità assente; 8 contatti con gli altri: grado di disabilità assente; 9 integrazione nel gruppo: grado di disabilità assente; 10 relazioni intime: grado di disabilità assente; 11 attività spontanee: grado di disabilità non valutabile, nessun hobbies nè attività ricreative; 12 cura di se: grado di disabilità assente; 13 mobilità: grado di disabilità lieve). (...). La terapia psicofarmacologica prescritta appare adeguata allo stato clinico oggettivato. Prognosi favorevole: assenza di comorbidità psichiatriche, primo episodio. (...)" (doc. AI 159-19/22). Nella medesima perizia, con espresso riferimento al rapporto 6 aprile 2014 dello psichiatra che ha in cura l'assicurato, le specialiste del CPAS hanno evidenziato quanto segue: "(...) Lo psichiatra curante attesta un miglioramento della timia, vedi suo rapporto del 06.04.2014, intervenuto nel periodo di cura. Nel paragrafo decorso scrive: "è riuscito ad accettare una medicazione antidepressiva che ha comportato un miglioramento della timia per lo meno rispetto al sentimento di disperazione e alle idee suicidali. Gli incontri sono vissuti con riferita soddisfazione. Persiste uno stato depressivo che rischia di cronicizzarsi". Al momento della valutazione peritale da me effettuata l'assicurato riferisce sentimento di insicurezza per il futuro valetudinario e professionale, apatia, lamentazioni di una diminuita capacità di pensare e concentrarsi non oggettivabili clinicamente dal perito nel corso delle visite effettuate, episodica ansia ed insonnia. Ora l'entità dell'episodio depressivo è di molto inferiore a quelle definita dalla psichiatra curante nel suo rapporto e non va oltre l'episodio depressivo lieve. Oggettivamente l'assicurato presenta una lieve deflessione del tono dell'umore in assenza di sintomi psicotici, di deficit cognitivi ed in assenza di preminenti segni d'ansia. Attualmente presenta un episodio depressivo lieve ICD F32.0. Lo psichiatra curante dr. med. _____ nel suo rapporto del 06.04.2014 non pone una diagnosi psichiatrica categoriale seconda l'ICD 10 ma descrittiva. Nel rapporto scrive: " stato depressivo che rischia di cronicizzarsi ". Nel paragrafo " status psichico " scrive: " timia inizialmente serratamente rivolta verso il polo negativo con esplicitazione di idee suicidali che però a conferma del paziente non rischiano l'imminente passage all'atto in senso autoclastico. Sentimento di no future, in seguito di futuro molto incerta. Sentimento di fallimento personale, perdita di ruolo nella società e a livello familiare quale capo famiglia. Perdita di fiducie nella proprie risorse. Sentimento di solitudine, di essere stato abbandonato al proprio destino. Notevoli preoccupazioni finanziarie. Spinta volitive diminuita con progettualità deficitaria. Astenia, anedonia con perdita di interessi personali quali la musica etnica. Certa contrazione delle social skills. Certo rallentamento psicomotorio con compromissione della capacità di concentrazione e attenzione. Buone capacità intellettive, con capacità di critica ". L'oggettività riscontrata nel corso dell'esame peritale non evidenzia tale quadro. (...)" (n.d.r.: sottolineature e corsivo del redattore) (doc. AI 159-21). Il 19 dicembre 2014 il medico SMR, dr. med. _____, spec. FMH in medicina generale, ha confermato l'esito della valutazione peritale (doc. AI

160-1). Il 15 maggio 2015 lo psichiatra curante del ricorrente ha contestato la perizia eseguita dal CPAS, affermando: " (...). Premetto che la mia valutazione è basata su consulti che avvengono all'incirca ogni due settimane, allorquando la perizia si è basata su due incontri col mio paziente. Ribadisco l'importanza fondamentale del monitoraggio longitudinale rispetto all'ordinata temporale, che non è tralasciabile, se non screditata, da un'osservazione puntuale come quella peritale. Essendo la mia presa a carico esordita nel mese di novembre 2013, sostengo di conoscere bene il paziente e di potere confermare senza peccare di presunzione, di essere giunto ad una valutazione della sua capacità lavorativa che con buona verosimiglianza corrisponda a quella oggettiva ed oggettivabile. (...). L'epoca nella quale si è svolta la perizia era connotata da un entusiasmo esperito dal paziente, avendo egli in previsione un'attività lavorativa quale conducente di autopostali. Purtroppo tale evenienza non si è verificata dopo numerosi colpi di scena, che hanno di nuovo innescato un importante disagio psichico. Con dimostra inequivocabilmente un equilibrio psichico al momento ancora alquanto vulnerabile e tendenzialmente instabile. Il medico assicurativo di fiducia delle _____, Dr. _____, aveva inizialmente previsto un preavviso sfavorevole per l'impiego del paziente; dopo un mio contatto telefonico con approfondita discussione del caso clinico, con concomitante informazione ed accordo da parte dell'Ufficio AI, Bellinzona, il medico ha poi dato il suo benestare, ma infine il direttore dell' autopostali ha rinunciato all'assunzione del paziente ritenendo che non ci fossero sufficienti garanzie per un trasporto sicuro di terze persone. Preciso che le condizioni psichiche del paziente sono sostenute, come pure al momento della perizia, da una terapia biologica psicoattiva perlomeno di media entità: Deroxat 20 mg 1-1-0-0. Lo status psichico attuale comporta al momento una timia depressa con certo rallentamento psicomotorio. Compromissione della capacità della concentrazione dell'attenzione, per le quali prevedo tra l'altro una valutazione da parte neuropsicologica presso la clinica _____ di _____. Notevole sentimento di insicurezza con incrinazione della fiducia nelle proprie risorse. Sentimento di non essere all'altezza e di rifiuto a parte della società. Sentimento di futuro molto incerto. Spinta volitiva tendenzialmente diminuita con astenia, scarsi interessi personali. Certa contrazione delle social skills. La tolleranza allo stress è da ritenersi ridotta. Il perito considera il Mini ICF- APP (test utilizzato per la descrizione delle risorse e deficit); secondo mia valutazione sussiste compromissione della flessibilità (3), contrazione delle social skills (8), diminuzione della spinta volitiva (11). Pure la cura di sé (12) è compromessa (per esempio il paziente rinuncia per un senso di vergogna a richiedere un aiuto finanziario alla Pubblica Assistenza per le cure dentarie, procedendo ad autotrattamenti incongrui, pure citati nella perizia). (...)" (doc. C). Dopo aver evidenziato che lo " status psichico non collima dunque con quello descritto dalla Collega perito. Ne consegue che anche dal profilo psicodiagnostico vi è una differenza, cioè, che sfocia infine su una discrepante valutazione della sua capacità lavorativa ", lo specialista ha posto la diagnosi di " ICD-10, F33.1 Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità ", certificando un'incapacità lavorativa del 50%. Nel medesimo rapporto lo psichiatra curante ha pure puntualizzato che il " perito riferisce che non è mai sussistita una incapacità lavorativa per motivi psichiatrici, ciò che di fatto non corrisponde; ricordo che inizialmente il quadro psicopatologico del paziente comportava un potenziale autoclastico non trascurabile" . Il 13 luglio 2015 la perita del CPAS, dr. med. _____, ha preso posizione in merito alla predetta certificazione, affermando quanto segue: " (...). Come noto lo psichiatra curante dr. med. _____, che fino al momento della perizia da me esperita non aveva posto alcuna diagnosi categoriale ma solo descrittiva nel suo

rapporto del 06.04.2014 scriveva: anamnesi psichiatrica remota del paziente silente così come quella familiare; primo colloquio: 13.11.2013. Il curante attualmente pone una diagnosi diagnostica categoriale di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (F33.1) senza specificare di quanti e quali episodi si tratti, quanti ne abbia osservato se insorti dopo la mia valutazione e quanto tempo siano durati visto che gli stessi non risultano dall'anamnesi dettagliatamente da me descritta e raccolta fino alla perizia da me esperita. Tale diagnosi, sindrome depressiva ricorrente (F 33), pertanto non può essere condivisa né accettata. Ricordo inoltre che lo psichiatra curante in citato rapporto (06.04.2014) riferiva di un sopravvenuto miglioramento della timia rispetto all'inizio della sua presa a carico. Alla pagina 16 del mio rapporto descrivevo i disturbi lamentati dall'assicurato, che non ripeto, e alla pagina 17, nel capito "constatazioni" descrivevo lo status e lo stato psichico: (...). Descrivevo le risorse e i deficit presentati in maniera esaustiva. Lo stato psichico riportato dal collega nel suo ultimo rapporto non è né esaustivo né completo: riferisce solamente di una timia depressa con un certo rallentamento psicomotorio senza alcuna descrizione e cita compromissione delle capacità di concentrazione e di attenzione. Riporta poi la sintomatologia (notevole sentimento di insicurezza con inclinazione della fiducia nelle proprie risorse, sentimento di non essere all'altezza, di rifiuto da parte della società, sentimento di futuro molto incerto, spinta volitiva tendenzialmente diminuita con astenia, scarsi interessi personali, certa contrazione delle social skills, intolleranza allo stress da ritenersi ridotta sintomatologia già riferita dall'assicurato al momento della perizia da me effettuata. La nuova documentazione prodotta non apporta perciò nulla di diverso rispetto a quanto da me valutato. Rispetto all'episodio depressivo in corso ricordo che il collega parla di un episodio attuale di media gravità, diagnosticato invece da me come lieve gravità e come già specificato sulla base dei criteri diagnostici dell'ICD-10. La differenza tra me e il collega è solo riguardo all'incidenza dell'episodio depressivo sulla capacità lavorativa. Secondo quanto da me valutato l'incapacità lavorativa al 50% già certificata dal collega non trova una base oggettiva per poter essere condivisa. Ribadisco pertanto, alla luce della nuova documentazione prodotta, le mie conclusioni dell'01.12.2014 integralmente. (doc. VIII 1) Il 14 luglio 2015 il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato la presa di posizione precedente, puntualizzando che non erano necessari ulteriori accertamenti (doc. VIII 2). Il 17 luglio 2015 lo psichiatra curante ha preso posizione in merito a quanto evidenziato il 13 luglio 2015 dalla perita del CPAS, affermando: " (...). Il perito puntualizza che ho posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente senza specificare i singoli episodi. Di fatto dall'inizio della mia presa a carico, 13.11.2013, il tono dell'umore è stato costantemente rivolto verso il polo negativo, aggravandosi in situazioni di maggior stress. Dall'inizio della mia presa a carico posso individuare perlomeno 2 episodi depressivi di media entità: un episodio al momento dell'invio del paziente da parte del medico curante a me, 11.2013; un episodio conseguente all'impossibilità di avere un contratto di lavoro, settembre 2014. Vi è stata inoltre una recrudescenza del disagio psichico depressivo allorquando il paziente ha dovuto infine richiedere la Pubblica assistenza, primavera 2015. Inoltre l'ICD-10 precisa che sebbene la remissione sia di solito completa tra gli episodi, una minoranza dei pazienti può sviluppare una depressione persistente. Secondo il perito la mia descrizione dello status psichico del paziente nel mio ultimo rapporto non è esaustiva né completa; di fatto essa è discrepante da quanto da lei oggettivato; rimando inoltre pure ai miei precedenti documenti. Nel corso del recente mese di giugno 2015 ho proceduto ad una valutazione neuropsicologica, Dr.ssa _____, Clinica _____, _____ (che le invio in

allegato). La testistica ha potuto quantificare i deficit cognitivi, caratterizzati da: - moderati deficit del ragionamento visuo-spaziale; - deficit di memoria visiva a lungo termine; - difficoltà alle prassie costruttive. La psicologa sottolinea inoltre che l'attuale stato ansioso-depressivo ha un impatto negativo sulle capacità cognitive. Nella perizia il perito invece non ha descritto alcun deficit cognitivo, né della memoria né delle prassie. (...)” (doc. G). Stante quanto precede, lo psichiatra curante ha posto la diagnosi di " ICD-10, F33.1 Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, al momento in remissione ", certificando un'incapacità lavorativa del 50%. Il 13 agosto 2015 la perita del CPAS, dr. med. _____, ha preso posizione in merito alla predetta certificazione, affermando quanto segue: " (...). In detto rapporto, lo psichiatra scrivente, riferisce di aver posto diagnosi di sindrome depressiva ricorrente secondo l'osservazione da lui fatta, dall'inizio della sua presa a carico (13.11.2013), di ricorrenza di tre episodi depressivi: il primo presente al momento dell'inizio della sua presa a carico iniziata il 13.11.2013, il secondo nel settembre 2014 e il terzo nella primavera 2015. Anche il secondo e il terzo sono da lui definiti di natura reattiva. Al momento della mia valutazione vi era un unico episodio depressivo e non 2 come oggi il collega riferisce. La mia valutazione era avvenuta, come a voi noto, il 02.10.2014 e il 14.10.2014. L'episodio depressivo che avevo rilevato era da me classificato come un episodio depressivo di grado lieve codificato secondo l'ICD-10 al codice F32 e reattivo a problemi legati all'occupazione. Il terzo da lui citato non è a mio avviso da considerare un nuovo episodio depressivo quanto un'oscillazione del tono dell'umore nell'ambito dello stesso episodio depressivo insorto nel 2013 tanto più che quanto scritto dal collega appare poco chiaro. Lo stesso scrive due righe più sotto che l'ICD-10 precisa che sebbene la remissione sia di solito completa tra gli episodi, una minoranza dei pazienti può sviluppare una depressione persistente. Al momento della mia valutazione l'assicurato non presentava nessun deficit cognitivo. Ho preso atto della valutazione effettuata neuropsicologica effettuata dalla psicologa _____, specialista in neuropsicologica FSP della Clinica _____ di _____ del 19.06.2015. Nella conclusione la collega (...) non esclude o ritiene non eseguibile l'attività lavorativa. Dalla valutazione non si evidenziano dei deficit cognitivi che possano interferire con lo svolgimento di un'attività lavorativa da parte dell'assicurato. Nella sua conclusione ribadisce l'impatto negativo dello stato ansioso-depressivo su alcune capacità cognitive, che quindi non sarebbero di per sé deficitarie, ma bensì influenzate negativamente reattivamente alla situazione timica. (...). Ribadisco alla luce della nuova documentazione prodotta, le mie conclusioni del 01.12.2014 e la mia presa di posizione del 13.7.2015 sulla diagnosi posta e sulla piena capacità lavorativa dell'assicurato. (...). (doc. XIV 1). Il 31 agosto 2015 il medico SMR, dr. med. _____, ha confermato le conclusioni precedenti anche alla luce dell'ultima documentazione presentata (doc. XIV 2). 2.5.2. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato, dal profilo psichico, dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio dei rapporti medici (cfr. consid. 2.2 e 2.3), non ha motivo per mettere in dubbio la perizia del 1° dicembre 2014 e i successivi rapporti del 13 luglio e del 17 agosto 2015 del CPAS, da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. A tali referti va attribuita piena forza probante. La dr. med. _____ ha infatti valutato minuziosamente lo stato di salute dell'interessato tramite due colloqui approfonditi il 2 ottobre 2014 (dalle ore 15.45 alle ore 17.30) e il 14 ottobre 2014 (dalle ore 14.00 alle ore 15.30) oltre ad un colloquio con la moglie dell'interessato il 14 ottobre 2014

(dalle ore 13.45 alle ore 14.05) e due colloqui telefonici con il suo psichiatra curante, al termine dei quali, lei e la dr. med. _____, sulla base di una valutazione globale che ha tenuto conto delle risultanze cliniche come pure di tutti gli atti medici a disposizione, - dopo aver evidenziato come RI 1 abbia presentato nel corso della vita buone risorse e capacità che ha saputo applicare in ambito familiare, lavorativo e sociale in patria e all'estero - nel rapporto peritale del 1° dicembre 2014 hanno descritto dettagliatamente la sintomatologia (umore deflesso, apatia, diminuita capacità di provare piacere, preoccupazioni per il futuro per sé ed i familiari con perdita di progettualità positive, episodi di insonnia e di ansia, sentimento di frustrazione e di risentimento per non essere aiutato a trovare un lavoro stabile confacente alle sue condizioni valetudinarie) sviluppata dall'assicurato nel corso dell'autunno 2013, in relazione alle difficoltà finanziarie ed al mancato reperimento di un nuovo posto di lavoro, evidenziando come la stessa adempisse i criteri per la diagnosi di un episodio depressivo (F32; soddisfacendo i criteri: G1 durata di almeno 2 settimane, G2 assenza di episodi maniacali o ipomaniacali precedenti, G3 non attribuibile all'uso di sostanze psicoattive o a malattia mentale organica) lieve (F32.0; A: soddisfatti i criteri generali; ha 2 sintomi del criterio B umore depresso per la maggior parte della giornata, perdita di interesse per attività normalmente piacevoli e 2 sintomi del criterio C disturbi del sonno, lamentazioni di diminuita capacità di concentrarsi; arrivando ad un numero totale di almeno 4 sintomi). La perita dr. med. _____ ha rilevato come inizialmente il quadro clinico - descritto agli atti e riferito dall'assicurato - fosse composto da sintomi depressivi probabilmente di entità media, puntualizzando come lo stato psichico - stando alle descrizioni raccolte e a quanto da lei oggettivato - era migliorato dall'inizio dell'episodio depressivo. La specialista ha pure puntualizzato che i disturbi della capacità di concentrazione e memorizzazione lamentati dall'assicurato non erano riscontrabili oggettivamente durante l'esecuzione della perizia: non faticava a ricordare le date dei dati anamnestici, le descrizioni sono esaustive e ricche di particolari; non vi erano deficit nella flessibilità, assertività, competenza, nella relazione con il perito e ciò trova riscontro nel Mini ICF-APP, ovvero nel test utilizzato per la descrizione di risorse e deficit. Nel proprio rapporto peritale la dr. med. _____ ha motivatamente esposto le ragioni per le quali ella, ha ritenuto, contrariamente a quanto certificato dallo psichiatra curante (che poneva peraltro una diagnosi psichiatrica descrittiva e non categoriale secondo l'ICD 10), come l'entità dell'episodio depressivo era di molto inferiore a quella definita dallo specialista curante nel suo rapporto e non andava oltre l'episodio depressivo lieve. La perita ha infatti espressamente rilevato che oggettivamente l'assicurato presentava una lieve deflessione del tono dell'umore in assenza di sintomi psicotici, di deficit cognitivi ed in assenza di preminenti segni di ansia e, quindi, episodio depressivo lieve ICD 10 F32.0, puntualizzando altresì come l'oggettività riscontrata nel corso dell'esame peritale non evidenziava lo status psichico descritto dallo psichiatra curante. Da tale accertamento peritale è quindi emerso - come riassunto dal dr. med. _____ del SMR nel rapporto finale del 19 dicembre 2014 (doc. AI 160-1) - che l'assicurato presenta quale diagnosi psichiatrica unicamente quella di "episodio depressivo lieve F 32.0 reattivo a problemi legati all'occupazione Z56 ", senza alcuna ripercussione sulla capacità di lavoro (doc. AI 159-19). Nel rapporto del 13 luglio 2015 la perita ha motivatamente esposto le ragioni per le quali ella, ha ritenuto di non poter condividere né accettare la diagnosi categoriale nel frattempo posta dallo psichiatra curante di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (F33.1), con capacità lavorativa ridotta al 50% per qualsiasi tipo di attività a far tempo dal 13 novembre 2013, e di poter confermare la diagnosi già posta sulla base dei criteri dell'ICD 10 nella perizia del

1° dicembre 2014, con capacità di lavoro piena. La perita ha infatti espressamente rilevato come il curante poneva la diagnosi categoriale F33.1, senza tuttavia specificare di quanti e quali episodi si trattasse, quanti ne avesse osservati se insorti dopo la sua valutazione e quanto tempo siano durati visto che gli stessi non risultavano dall'anamnesi dettagliata-mente da lei descritta e raccolta fino alla perizia da lei esperita. La perita - dopo aver evidenziato di aver descritto nella propria perizia sia i disturbi lamentati dall'assicurato (pag. 16) sia le risorse e i deficit presentati (pag. 17) - ha parimenti osservato come il collega riferisse solamente di una timia depressa con un certo rallentamento psicomotorio senza alcuna descrizione e citando compromissione delle capacità di concentrazione e di attenzione. Ha poi rilevato come la sintomatologia riportata dal collega (notevole sentimento di insicurezza con inclinazione della fiducia nelle proprie risorse, sentimento di non essere all'altezza, di rifiuto da parte della società, sentimento di futuro molto incerto, spinta volitiva tendenzialmente diminuita con astenia, scarsi interessi personali, certa contrazione delle social skills, intolleranza allo stress da ritenersi ridotta) fosse quella già riferita dall'assicurato al momento della perizia da lei effettuata. Ha quindi concluso che la nuova documentazione prodotta non apportava nulla di diverso rispetto a quanto da lei valutato, ribadendo la nota diagnosi già specificata sulla base dei criteri diagnostici dell'ICD-10, con capacità di lavoro piena. Nel rapporto del 17 agosto 2015 la perita ha motivatamente esposto le ragioni per le quali ella, ha nuovamente ritenuto di poter confermare la diagnosi F 32.0 anziché quella di F 33.1 certificata dallo psichiatra curante che nel frattempo aveva specificato la ricorrenza di tre episodi depressivi: il primo il 13 novembre 2013, il secondo nel settembre 2014 (conseguente all'impossibilità di avere un contratto di lavoro) e il terzo nella primavera 2015 (allorquando ha dovuto richiedere l'assistenza sociale). La perita ha infatti espressamente rilevato come al momento della sua valutazione (effettuata il 2 e il 14 ottobre 2014) vi era un unico episodio depressivo (ovvero quello esordito il 13 novembre 2013) e non due come riferito dallo psichiatra curante. Ella ha pure puntualizzato come, a sua mente, quanto accaduto nella primavera 2015, non era un nuovo episodio depressivo bensì un'oscillazione del tono dell'umore nell'ambito dello stesso episodio depressivo insorto nel 2013, tanto più che quanto scritto dallo psichiatra curante appariva poco chiaro e due righe più sotto lo stesso sottolineava che l'ICD - 10 precisa che sebbene la remissione sia di solito completa tra gli episodi, una minoranza dei pazienti può sviluppare una depressione persistente. La perita ha quindi nuovamente ribadito le conclusioni della perizia del 1° dicembre 2014. Le risposte fornite dalla dr. med.

_____ hanno dunque permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C_203/2008 del 26 marzo 2009). 2.5.3. In una sentenza 32.2007.323 del 4 febbraio 2009, concernente un altro assicurato, lo specialista in psichiatria incaricato dall'amministrazione di svolgere una perizia aveva posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (ICD10-F33.1), ritenendo l'assicurato in questione inabile al lavoro al 50%. In corso di causa, quell'assicurato aveva, per contro, prodotto un referto redatto da alcuni specialisti in psichiatria da lui privatamente consultati, dal quale emergeva la diagnosi di disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale severo senza sintomi psicotici (ICD0-F33.2), patologia che comportava, a mente degli specialisti interpellati, una totale incapacità lavorativa. In quell'occasione, il TCA ha chiesto sia agli specialisti consultati dall'assicurato, sia al perito dell'amministrazione, di spiegare in cosa consistesse la differenza tra episodio depressivo medio e grave. Il perito dell'amministrazione ha spiegato che, in base al sistema diagnostico ICD-10, un episodio depressivo implica che il paziente presenti alcuni elementi psicopatologici. A seconda del numero e della gravità dei sintomi

presenti, un episodio depressivo può essere classificato come lieve, moderato oppure grave. I sintomi cui il perito ha fatto riferimento sono i seguenti: - depressione del tono dell'umore; - riduzione dell'energia, stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo; - diminuita attività; - ridotta capacità di provare piacere e interesse; - l'umore varia poco da giorno a giorno ed è spesso insensibile alle circostanze. Analizzando i sintomi appena elencati con riferimento a quanto da lui stesso constatato in occasione della perizia della primavera 2007, il perito è giunto alla conclusione che "essi paiono moderatamente compromessi, ma non in misura completa." Il TCA, in quell'occasione, ha quindi concluso che, fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, l'assicurato era da considerare abile al lavoro al 50%, ritenendo che il peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato, con passaggio del disturbo depressivo ricorrente da una gravità media ad una gravità severa, fosse da valutare in sede di revisione. Va qui rilevato che nella classificazione medica delle diagnosi ICD-10-GM 2014 - lista sistematica - versione italiana pubblicata dall'UFS e obbligatoria per tutti gli ospedali (comprese le cliniche di riabilitazione, le cliniche psichiatriche e le cliniche specializzate) dal 1° gennaio 2015), per quanto riguarda il disturbo depressivo ricorrente viene indicato quanto segue: " F32.- Episodio depressivo Negli episodi tipici lievi (F32.0), di media gravità (F32.1) o gravi (F32.2 e F32.3), il paziente presenta abbassamento del tono dell'umore, riduzione dell'energia e decremento dell'attività. Sono compromessi la capacità di provare piacere, l'interesse e la concentrazione, ed è comune una stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo. Il sonno è di solito disturbato e l'appetito è diminuito. Sono quasi sempre ridotte l'autostima e la fiducia in se stessi, ed anche nelle forme lievi sono spesso presenti idee di colpa e di inutilità. L'abbassamento del tono dell'umore si modifica scarsamente da un giorno all'altro, non è correlato alle circostanze e può essere accompagnato da sintomi cosiddetti somatici, come la perdita dell'interesse e dei sentimenti piacevoli, il risveglio mattutino parecchie ore prima del solito, il peggioramento mattutino della depressione, il rallentamento psicomotorio accentuato, l'agitazione, la perdita dell'appetito, la perdita di peso e la riduzione della libido. In relazione al numero ed alla gravità dei sintomi, un episodio depressivo può essere classificato come lieve, di media gravità o grave. Incl.: singoli episodi di: • reazione depressiva • depressione psicogena • depressione reattiva (F32.0, F32.1, F32.2) Escl.: disturbi dell'adattamento (F43.2) se associati a disturbi della condotta descritti in (F91.-, F92.0) depressione ricorrente (F33.-) F32.0 Episodio depressivo lieve Sono generalmente presenti almeno due o tre dei sintomi sopra indicati. Il paziente è in genere sofferente a causa di essi, ma è in grado di continuare la maggior parte delle sue attività abituali. F32.1 Episodio depressivo di media gravità Sono in genere presenti quattro o più dei sintomi sopra indicati ed il soggetto ha grandi difficoltà a continuare le sue attività abituali. F32.2 Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici Episodio depressivo in cui molti dei sintomi sono marcati e penosi, tipicamente la perdita dell'autostima e le idee di colpa o di inutilità. Sono comuni propositi e atti suicidari ed è in genere presente un certo numero di sintomi somatici. Episodio singolo, senza sintomi psicotici, di depressione agitata Episodio singolo, senza sintomi psicotici, di depressione maggiore Episodio singolo, senza sintomi psicotici, di depressione con rischio vitale F32.3 Episodio depressivo grave con sintomi psicotici Episodio depressivo simile a quello descritto in F32.2, ma con presenza di allucinazioni, deliri, ritardo

psicomotorio o stupor, così gravi da rendere impossibili le normali attività sociali. Vi può essere pericolo di morte per suicidio, disidratazione ed inedia. Le allucinazioni ed i deliri possono o meno essere congrui all'umore. Singolo episodio di: • depressione maggiore con sintomi psicotici • psicosi depressiva psicogena • depressione psicotica • psicosi depressiva reattiva F32.8 Episodi depressivi di altro tipo Singoli episodi di depressione mascherata S.A.I. Depressione atipica F32.9 Episodio depressivo non specificato Disturbo depressivo S.A.I. Depressione S.A.I.” Il TCA non ha quindi motivo per distanziarsi dalle considerazioni della perita psichiatra del CPAS e, pertanto, dalla diagnosi posta di episodio depressivo (F32) lieve (F32.0), specificata sulla base dei criteri diagnostici dell'ICD-10 (F32; soddisfacendo i criteri: G1 durata di almeno 2 settimane, G2 assenza di episodi maniacali o ipomaniacali precedenti, G3 non attribuibile all'uso di sostanze psicoattive o a malattia mentale organica; F32.0; A: soddisfatti i criteri generali; ha 2 sintomi del criterio B umore depresso per la maggior parte della giornata, perdita di interesse per attività normalmente piacevoli e 2 sintomi del criterio C disturbi del sonno, lamentazioni di diminuita capacità di concentrarsi; arrivando ad numero totale di almeno 4 sintomi), con piena capacità lavorativa dell'assicurato, contrariamente a quella di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, in via di risoluzione (F33.1) certificata, ma non specificata sulla base dei criteri diagnostici dell'ICD-10, dallo specialista curante del ricorrente, con una capacità lavorativa ridotta al 50% per qualsiasi tipo di attività a far tempo dal 13 novembre 2013. In simili circostanze, il fatto che la dr. med. _____ abbia visitato il ricorrente in due occasioni mentre lo psichiatra curante abbia con lui consulti regolari ogni ca. 2 settimane, non inficia la piena forza probante della perizia del 1° dicembre 2014 e dei successivi rapporti del 13 luglio e del 19 agosto 2015. Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato 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 (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), 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 objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte ha nuovamente confermato la sua giurisprudenza nella STF 9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2, nella quale ha ribadito la correttezza della

valutazione eseguita dai periti del Centro peritale, anziché quella del curante, osservando che “ a ciò si aggiunge che la valutazione del primo giudice tiene meglio conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr., tra le tante, sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti). Questo principio è stato ribadito anche nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4. In una sentenza 9C_185/2013 del 17 aprile 2013, l’Alta Corte, confermando la STCA 36.2012.67 dell’11 febbraio 2013, ha ritenuto corretta, nonostante la certificazione dello psichiatra curante, la valutazione peritale psichiatrica eseguita dal SAM, ricordando che, in presenza di perizie esterne, il solo fatto che uno o più curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimetterle in discussione e ad imporre nuovi accertamenti (cfr. fra le tante 9C_330/2012 del 7 settembre 2012 consid. 4; 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4. con riferimenti). Non consente di addivenire ad una conclusione differente neppure lo scritto inviato il 15 gennaio 2015 dal dr. med. _____ del _____, già solo per la circostanza che lo stesso parte dal presupposto che " sia il medico di famiglia sia lo specialista che ha in cura " il ricorrente " ritengono che sia abile al lavoro al 50% in qualità di autista di bus " (doc. D). 2.5.4. Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dal profilo psichico dell’assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall’amministrazione, segnatamente dalle specialiste del CPAS, prima dell’emanazione della decisione qui impugnata. I referti peritali del 19 dicembre 2014, del 13 luglio e del 17 agosto 2015 del CPAS, conformi alle direttive fissate dalla DTF 137 V 210, hanno difatti permesso al TCA di fare piena luce sulla situazione valetudinaria dell’assicurato al momento determinante (cfr. consid. 2.5.1.; 2.5.2. e 2.5.3), senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori accertamenti medici e, in particolare, ad una perizia giudiziaria, come richiesto invece in sede ricorsuale. In tale contesto, va qui ricordato che, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all’art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Il TCA rinuncia quindi all’assunzione di ulteriori prove, ritenendo la situazione sufficientemente chiarita. 2.5.5. Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata - in concreto il 28 aprile 2015 - quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). La valutazione neuropsicologica del 15 giugno 2015 della dr. med. _____, psicologa specialista in neuropsicologia FSP, della Clinica _____ di _____ (doc. H) fa riferimento ad una situazione clinica dell’assicurato posteriore di oltre un mese alla decisione dell’UAI e dunque, non è rilevante nella presente procedura. D’altra parte, va rilevato che tale nuovo documento non permetterebbe comunque una diversa valutazione della fattispecie, già solamente per il fatto che la neuropsicologa non ha certificato alcuna inabilità lavorativa dell’assicurato. A questo proposito val qui la pena di rilevare che se,

successivamente all'emissione della decisione impugnata del 28 aprile 2015, l'insorgente ritiene che vi sia stato un peggioramento del suo stato di salute, potrà inoltrare in ogni caso una nuova domanda di prestazioni. 2.5.6. Stante quanto precede questo TCA non può condividere né le contestazioni mosse dall'insorgente nel gravame alla valutazione medica-psichiatrica operata dall'amministrazione né le conclusioni a cui è giunto nel ricorso, giusta le quali non sarebbe in grado, per motivi psichici, di svolgere attività lavorative, ancorché semplici e ripetitive, oltre al grado del 50%. 2.6. Davanti a questa Corte il ricorrente che - in sede di osservazioni al progetto di decisione del 28 gennaio 2014 (poi annullato e sostituito da quello del 25 febbraio 2015) aveva prodotto il certificato dell'11 febbraio 2014 del proprio medico curante, dr. med. _____, giusta il quale " il paziente presenta una gonalgia cr. A destra, in stato dopo plastica al legamento crociato anteriore il 20.11.2003. Quale autista di bus risulta abile al 50% dall'inizio dell'attività lavorativa e per tempo indeterminato " (doc. AI 134-2) - non contesta più la valutazione medica-somatica operata dall'amministrazione. A ragione. A questo proposito il TCA osserva infatti quanto segue. 2.6.1. Nel caso di specie, dagli atti di causa risulta che il 25 ottobre 2005 il dr. med. _____, FMH in urologia, ha diagnosticato, nell'ambito di una macroematuria, un papilloma vescicale all'assicurato. Nel rapporto medico del 2 giugno 2009 lo specialista ha posto la diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di " papillomi vescicali recidivanti, pTa G1-G2; esiti di plurime TUR vescica il 22.12.2005, 22.11.2006, 4.06.2007, 30.03.2009 ", puntualizzando che si trattava " di un tumore superficiale della vescica che non comportava al momento nessuna limitazione dell'abilità lavorativa, ad eccezione degli episodi in cui il paziente deve essere ricoverato per le resezioni transuretrali con cessazione dell'abilità lavorativa per circa 3-4 settimane " (doc. AI 75-1/3). Il TCA non ha ragione di scostarsi da questa valutazione, fatta propria anche dal medico dell'SMR nel proprio rapporto del 2 marzo 2010. Tanto più che le conclusioni del dr. med. _____ - FMH in urologia, e quindi specialista nella materia che qui ci occupa, che ha più volte operato l'assicurato e lo ha preso a carico anche in seguito - non sono state smentite da altri certificati medico-specialistici attestanti una diversa influenza della patologia dell'assicurato sulla sua capacità lavorativa. Il fatto che tale diagnosi figurì nel rapporto del 2 marzo 2010 ma non in quello del 19 dicembre 2014 del medico dell'SMR è irrilevante ai fini del giudizio, essendo in ogni caso senza influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Tanto più che neppure il ricorrente pretende il contrario. 2.6.2. Dal profilo ortopedico, dalle tavole processuali emerge che l'insorgente, a seguito dell'infortunio del 6 settembre 2003 riportato in narrativa, è stato visitato il 30 novembre 2004 dal dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, nell'ambito della visita medica _____ di chiusura della _____. Nel relativo rapporto lo specialista - dopo aver descritto il decorso post-infortunistico secondo gli atti nonché i dati soggettivi ed oggettivi e aver posto la diagnosi di " disturbi funzionali di media entità al ginocchio destro e stato da plastica del legamento crociato anteriore avvenuta il 20.11.2003 in stato di rottura del legamento crociato anteriore il 6.09.2003 su trauma distorsivo " e aver osservato che la situazione era da considerarsi stabilizzata - ha espresso la seguente esigibilità del lavoro (doc. LAINF 18-1/3). " L'assicurato può molto spesso sollevare pesi da 10 a 25 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi da " 25 a 45 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi superiori ai 45 kg fino all'altezza del franchi. L'assicurato può molto spesso sollevare pesi di più di 5 .kg al di sopra dell'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di leggera, media e pesante entità, l'assicurato può talvolta effettuare lavori molto pesanti, la rotazione manuale non è impedita. L'assicurato può molto spesso lavorare sopra

la testa, molto spesso può effettuare la rotazione del tronco e molto spesso assumere la posizione seduta e inclinata in avanti. L'assicurato può talvolta assumere la posizione in piedi inclinata in avanti, non può mai assumere la posizione inginocchiata e può di rado effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può molto spesso assumere la posizione seduta di lunga durata e spesso assumere la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurato può molto spesso camminare oltre i 50 metri; talvolta camminare per lunghi tragitti, talvolta camminare su terreno accidentato, talvolta salire le scale e talvolta salire su scale a pioli".

A seguito dell'infortunio del 9 settembre 2006 riportato in narrativa, il 2 marzo 2007 l'insorgente è stato nuovamente visitato dal precitato medico circondariale. Nel relativo rapporto lo specialista - dopo aver descritto il decorso post-infortunistico secondo gli atti nonché i dati soggettivi ed oggettivi e aver posto la diagnosi di "disturbi funzionali di media entità al ginocchio destro e stato da plastica del legamento crociato anteriore avvenuta il 20.11.2003; Stato di contusione della spalla sinistra con sintomatologia algica in via di risoluzione" e aver rilevato che lo stato locale del ginocchio destro era sovrapponibile a quello a suo tempo già accertato e che la contusione alla spalla era già guarita con misure conservative - ha ribadito l'esigibilità già espressa il 30 novembre 2004 (doc. LAINF 22-1/3). Questo Tribunale, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione operata dal medico circondariale della SUVA e fatta propria dal medico dell'SMR nei propri rapporti del 2 marzo 2010 e del 19 dicembre 2014 (cfr. consid. 2.4). L'amministrazione poteva legittimamente basare la propria valutazione sugli accertamenti effettuati dall'assicuratore infortuni inerenti alla patologia con influsso sulla capacità lavorativa di origine prettamente infortunistica. La valutazione operata dal medico _____ della _____ e fatta propria dall'UAI è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.3. Il dr. med. _____, spec. FMH in chirurgia ortopedica, si è espresso su tutte le problematiche postinfortunistiche lamentate dall'assicurato, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'insorgente (sulla base delle indicazioni fornite dal dr. med. _____ - spec. FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, e quindi specialista nella materia che qui ci occupa, che ha operato l'assicurato e lo ha preso a carico anche in seguito - e corroborate sia dai referti medici agli atti sia dalle visite effettuate presso di lui in agenzia), motivando debitamente le sue conclusioni. Al referto va dunque attribuita piena forza probante.

2.6.3. Questa Corte ritiene pertanto che, anche dal profilo somatico, lo stato di salute dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'UAI prima dell'emanazione della decisione qui impugnata.

2.7. In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre 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, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che RI 1 è abile al lavoro al 100% in un'attività adeguata rispettosa dei noti limiti funzionali a far tempo dal novembre 2004.

2.8. Occorre ora esaminare le conseguenze del danno alla salute subito dal ricorrente dal profilo finanziario. Trattasi di

una verifica che si impone nonostante il ricorrente abbia criticato solamente la valutazione medica-psichiatrica effettuata dall'amministrazione, senza nulla eccepire quanto agli aspetti economici. 2.8.1. 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 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. 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 (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). Giova qui ricordare che in una sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002 al consid. 3b)aa) e seguenti il TF ha dovuto giudicare il caso di un garagista indipendente che contestava l'ammontare del reddito da valido preso in considerazione dal Tribunale cantonale e dall'amministrazione. Sulla base del reddito registrato nel conto individuale, entrambe le autorità avevano ritenuto che l'interessato avrebbe potuto conseguire un reddito massimo di fr. 20'000 ("Verwaltung und Vorinstanz gehen gestützt auf die Einträge im IK des Beschwerdeführers davon aus, dass dieser im Gesundheitsfall höchstens ein Einkommen in der Höhe von Fr. 20'000.- erzielen würde. In der Tat ist den betreffenden Einträgen zu entnehmen, dass der damals selbstständigerwerbende Garagist Einkünfte von jährlich höchstens Fr. 16'300.- (1986/87) und Fr. 16'500.- (1994/95) sowie Fr. 15'300.- (1996/97) erzielt habe. So besehen ist es nicht zu beanstanden, wenn Verwaltung und Vorinstanz das Valideneinkommen auf Fr. 20'000.- festgelegt haben, wobei die Gründe, warum der Beschwerdeführer nicht ein höheres Einkommen verabgab hat, keiner näheren Erörterung bedürfen"). Per l'Alta Corte tuttavia la circostanza che il ricorrente durante numerosi anni ha esercitato un'attività indipendente conseguendo redditi inusualmente bassi, che neppure permettevano un'esistenza dignitosa, non è di per sé decisiva per la fissazione del reddito da valido ("bb) Verwaltung und Vorinstanz übersehen

nun aber den folgenden entscheidenden Punkt: Dass der Versicherte in der Vergangenheit einen Einmannbetrieb führte und sich in diesem Rahmen während Jahren mit unüblich tiefen, kaum existenzsichernden Erwerbseinkommen begnügte, ist für die Festlegung des Valideneinkommens als solchen nicht entscheidend.“). Ciò, perché il reddito da valido di soli fr. 20'000 poteva essere imputato all'allora ricorrente solo se sulla base di elementi concreti si poteva concludere che quale persona sana e completamente abile al lavoro si sarebbe accontentata di un guadagno marginale (“Denn das Valideneinkommen ist nicht eine vergangene, sondern eine hypothetische Grösse. Ein Valideneinkommen von bloss Fr. 20'000.- kann dem Beschwerdeführer daher nur dann angerechnet werden, wenn auf Grund der konkreten Verhältnisse seines Einzelfalles anzunehmen ist, dass er sich auch als gesunder, voll leistungsfähiger Berufsmann mit einer solchen Randexistenz begnügen würde.“). Nel caso che il TF era stato chiamato a giudicare sulla base degli atti non era tuttavia possibile concludere in tal senso (“Gerade dies kann nach Lage der Akten im Falle des Beschwerdeführers nicht gesagt werden”) ed ha preso in considerazione quale reddito da valido quello di un meccanico qualificato figurante nelle usuali tabelle RSS poiché occorreva ritenere che l'interessato, se non fosse divenuto invalido, avrebbe abbandonato la sua attività indipendente. In una sentenza 8C_611/2007 del 23 aprile 2008, a proposito del reddito da valido di un consulente assicurativo che aveva conosciuto delle forti variazioni annuali del proprio salario il TF non ha censurato la presa in considerazione, da parte dell'autorità inferiore, della media del reddito conseguito dall'assicurato negli ultimi tre anni (“Wegen starker Lohnschwankungen von Jahr zu Jahr stellte das kantonale Gericht zur Bemessung des Valideneinkommens auf den Durchschnittsverdienst der letzten drei Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens ab. Als Bezugsgrösse wählte es die im Individuellen Konto der gemeldeten beitragspflichtigen Einkommen (Art. 30ter Abs. 1 AHVG und Art. 135 ff. AHVV) ausgewiesenen, vom Arbeitgeber bestätigten Lohnsummen “), ma ha rinviato la causa all'autorità inferiore per una determinazione più precisa del salario percepito dopo ulteriori accertamenti in ambito fiscale. In sostanza l'Alta Corte ha stabilito che se da una parte il reddito da valido può, di principio, essere evinto dalle registrazioni figuranti nel conto individuale della persona assicurata, a quest'ultima non può essere impedito di comprovare che il reddito ivi registrato non corrisponde a quello effettivamente conseguito. Con sentenza 8C_626/2011 del 29 marzo 2012, in un caso di un assicurato attivo quale indipendente nell'ambito della pulizia, il cui reddito è variato notevolmente nel corso degli anni, il TF, dopo aver rammentato il contenuto della sopra citata sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002, ha affermato che nel preciso caso di specie, alla luce delle notevoli variazioni del reddito, non andava presa in considerazione la media degli introiti degli ultimi tre anni, ma degli ultimi 12. 2.8.2. Circa il reddito da valido, va rilevato che con decisione dell'11 gennaio 2006 l'UAI aveva rifiutato qualsiasi garanzia per provvedimenti professionali, essendo il grado d'invalidità presentato dall'assicurato nullo (doc. AI 32-1/4). In quell'occasione l'UAI aveva infatti accertato che il salario quale operaio polivalente locomotista dell'interessato era molto alto (annuncio _____: fr. 7'459.75 mensili), visto che allo stipendio base di fr. 22.30 orari andavano aggiunti i vari supplementi per turni di notte e lavori in _____ (doc. AI 13-1). L'interessato nei 2 mesi precedenti l'insorgenza del danno alla salute (luglio e agosto 2003) aveva conseguito un reddito lordo medio pari a fr. 7'056.80 che, moltiplicato per 12 mensilità, conduceva ad un reddito da valido senza il danno alla salute (anno 2003) di fr. 84'862.- (doc. AI 17-1). L'amministrazione aveva parimenti appurato che l'interessato, originario della _____ dove aveva frequentato le scuole dell'obbligo e il liceo, era arrivato in Svizzera nel giugno

1990 (quale richiedente l'asilo; doc. AI 159-13), dal 1994 al 2002 aveva alternato periodi lavorativi (quale manovale edile, tagliatore di tondino, tagliatore di pietra, ecc.) a periodi di disoccupazione, dal 7 giugno al 6 settembre 2003 (giorno dell'infortunio) era occupato quale operaio edile presso il cantiere _____ e dal 1° febbraio 2005 era nuovamente iscritto alla disoccupazione. Considerati i diversi datori di lavoro (l'infortunio era avvenuto a soli 3 mesi dall'inizio dell'ultimo impiego) ed i relativi periodi di disoccupazione, per stabilire il salario annuo dell'assicurato senza il danno alla salute, aveva deciso di effettuare una media degli ultimi cinque anni (1999-2003) che, sulla base degli importi dell'estratto dei contributi AVS, ammontava a fr. 47'597.- (rivalutando il reddito della disoccupazione dall'80% al 100%), aggiornandolo a fr. 47'930.- al 2004. Il salario da invalido era stato invece fissato a fr. 53'040.-. Con la decisione impugnata l'UAI, reputando di aver considerato un salario da valido non corretto nella precedente decisione dell'11 gennaio 2006 (doc. AI 82-1), ha deciso di prendere in considerazione il salario da valido indicato dalla _____ nella determinazione del 21 maggio 2008, cresciuta incontestata in giudicato, di fr. 75'876.05 (salario base fr. 53'499.40 + indennità supplementari come minatore fr. 22'376.65), che avrebbe conseguito l'assicurato nella sua ultima professione di minatore nel 2005 (doc. LAINF 24-1/4; 25-5), ritenendolo valido anche per il 2004, aggiornato a fr. 81'285.-- al 2009 rispettivamente a fr. 82'746.-- al 2012 (doc. AI 82-1; 84-1; 92-1; 128-1; 130-1). Ora, considerata la fluttuazione dei redditi percepiti dall'assicurato da quando lavora in Svizzera da ricondurre alla precarietà del suo percorso professionale caratterizzato dall'alternanza di periodi lavorativi e di disoccupazione più o meno lunghi, l'amministrazione avrebbe potuto senz'altro prendere in considerazione una media dell'importo percepito negli ultimi nove anni (1994-2003) precedenti l'insorgere del danno alla salute e non limitarsi ad utilizzare l'ultimo salario effettivamente percepito e dunque avrebbe potuto prendere in considerazione molto verosimilmente un salario da valido inferiore (cfr. consid. 2.8.1). Ne segue che il salario di fr. 82'746.-- preso in considerazione dall'UAI - che risulta peraltro l'ipotesi più favorevole all'assicurato - va confermato quale reddito da valido per l'anno 2012. Ora, aggiornando al 2015 tale importo, si ottiene un reddito da valido di fr. 84'327.85 (2013: + 0,7%; 2014: + 0,8%; 2015: + 0,4%).

2.8.3. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza 8C_695/2015 del 19 novembre 2015, il Tribunale federale ha applicato, per la determinazione dei redditi da raffrontare, l'edizione 2012 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), senza alcuna particolare riserva (si vedano pure, ad esempio, le sentenze UV.2014.00277 del 31 agosto

2015 consid. 3.2.2 del Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo e 200 2015 853 del 17 dicembre 2015 consid. 4.6.2 del Tribunale amministrativo del Canton Berna). In una sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 3.4, il Tribunale federale ha confermato l'applicazione da parte del Tribunale amministrativo federale, per la determinazione dei redditi da raffrontare, dell'edizione 2010 della rilevazione della struttura dei salari (RSS), considerato che la decisione amministrativa litigiosa era stata emessa il 4 gennaio 2013 e l'UAIE non poteva pertanto disporre dei dati del 2012, la cui pubblicazione era avvenuta solo nel corso del mese di ottobre 2014 (cfr. lettera circolare AI n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, UFAS, del 22 ottobre 2014), consolidando così la giurisprudenza secondo la quale sono determinanti i dati statistici più attuali a disposizione al momento della decisione di rendita (cfr. STF 8C_78/2015 del 10 luglio 2015 consid 4 e 9C_526/2015 dell'11 settembre 2015 consid. 3.2.2).

2.8.4. Circa il reddito da invalido, va preliminarmente rilevato che il 18 febbraio 2015 la consulente in provvedimenti professionali ha ritenuto adeguato procedere ad una valutazione della capacità di guadagno dell'assicurato in attività semplici e ripetitive e rispettose dei noti limiti funzionali, ove viene rilevato il minor discapito economico (doc. AI 169-1). Il TCA concorda con la conclusione alla quale è giunta l'amministrazione che, anche in questa evenienza, risulta essere l'ipotesi più favorevole all'assicurato. Con la decisione impugnata l'UAI ha preso in considerazione un importo di fr. 59'732.-- estrapolato dalla tabella TA1 2010 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, per attività semplici e ripetitive, per gli uomini, aggiornato al 2012, ridotto del 5% per impedimenti di natura medica (doc. 171-1/3). Ora, la decisione litigiosa è stata emanata il 28 aprile 2015 e pertanto il reddito da invalido va stabilito facendo capo all'edizione 2012 della Tabella TA1 (cfr. consid. 2.8.3 in fine). Per quanto concerne il 2014, dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2012 (cfr., a quest'ultimo proposito la sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 destinata a pubblicazione, in particolare consid. 2.5.7), edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2012 skill level (NOGA08, RSS 2012 pag. 35; salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 destinata a pubblicazione), emerge che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; cfr. sentenza 9C_632/2015 del 4 aprile 2016 destinata a pubblicazione, consid. 2.5.7) di 40 ore settimanali nel settore privato (circa la rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439 pag. 347 segg. e SVR 2002 UV 15 pag. 47 segg.), corrisponde ad un importo di fr. 62'520.- (fr. 5'210.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2014 (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), si ottiene un salario di fr. 63'442,12 (Fr. 62'520.- : 101,7 x 103,2; cfr. Tabella B10.4 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 90 e Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella B9.2 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr.

66'138,41 (fr. 63'442,12 : 40 x 41,7) , ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a; cfr. STCA 32.2015.175 del 28 aprile 2016). Tale salario adeguato al rincaro ammonta pertanto a fr. 66'402.96 (fr. 66 '138.41 + 0,4%) nel 2015.

2.8.5. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4. il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6. Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete .

2.8.6. Nel caso di specie l'UAI ha riconosciuto una riduzione del 5% sul salario teorico statistico per impedimenti di natura medica. Nel caso di specie , il TCA che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha motivo di scostarsi da tale valutazione. Tanto più che nemmeno il ricorrente pretende il contrario.

2.9. In concreto, raffrontando, nel 2015, il reddito da valido di fr. 84'327.85 con quello da invalido di fr. 63'082.82 (ovvero fr. 66'402.96 ridotto del 5%) si ottiene un grado d'invalidità del 25,19%, arrotondato al 25% (cfr. DTF 130 V 121, consid. 3.2), che non dà diritto ad alcuna rendita. La decisione dell'UAI che nega il diritto ad una rendita d'invalidità va di conseguenza tutelata.

2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico dell'assicurato, il quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.11.).

2.11. In data 22 maggio 2015 il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS,

rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al 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). Dalle tavole processuali si evince che il ricorrente e la consorte _____ (_____ 1973), genitori di _____ (_____ 1995) e _____ (_____ 1998), sono al beneficio di prestazioni assistenziali oltre a percepire l'assegno familiare integrativo (AFI); l'insorgente ha inoltre accumulato 8 ACB per un totale di fr. 2'643.15 dal 31 agosto 2010 al 17 aprile 2014 e la moglie ne ha pure collezionati

E. 8

per un totale di fr. 1'747.30 dal 23 settembre 2010 al 17 aprile 2014; tali debiti privati sono stati contratti principalmente nei confronti delle autorità cantonali (cfr. doc. V e allegati). In tali circostanze l'indigenza deve essere ammessa. L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

E. 29

marzo 2012, in un caso di un assicurato attivo quale indipendente nell'ambito della pulizia, il cui reddito è variato notevolmente nel corso degli anni, il TF, dopo aver rammentato il contenuto della sopra citata sentenza I 696/01 del 4 aprile 2002, ha affermato che nel preciso caso di specie, alla luce delle notevoli variazioni del reddito, non andava presa in considerazione la media degli introiti degli ultimi tre anni, ma degli ultimi 12.

Ne segue che il salario di fr. 82'746.-- preso in considerazione dall'UAI - che risulta peraltro l'ipotesi più favorevole all'assicurato - va confermato quale reddito da valido per l'anno 2012. Ora, aggiornando al 2015 tale importo, si ottiene un reddito da valido di fr. 84'327.85 (2013: + 0,7%; 2014: + 0,8%; 2015: + 0,4%).

Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino al 2014 (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; STCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), si ottiene un salario di fr. 63'442,12 (Fr. 62'520.-: 101,7 x

103,2; cfr. Tabella B10.4 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 90 e Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2014, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica; cfr. la sentenza 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2).

Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana.

Riportando queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2014 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la tabella B9.2 pubblicata in: La Vie économique, 3/4-2015, pag. 88 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a fr. 66'138,41 (fr. 63'442,12 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a; cfr. STCA32.2015.175 del 28 aprile 2016). Tale salario adeguato al rincaro ammonta pertanto a fr. 66'402,96 (fr. 66'138,41 + 0,4%) nel 2015.

2.8.5. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 al consid. 5.4. il TF ha confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l'utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria. Questa giurisprudenza è stata confermata anche recentemente dal TF, segnatamente nella sentenza 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 al consid. 4.6.

Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 al consid. 4.2 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete.

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