

TI_GERICHTE 32.2016.59 vom 30. März 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-03-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.59

FR: TI_GERICHTE 32.2016.59 du 30 mars 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2016.59 del 30 marzo 2017

Regeste

Tossicodipendente con problemi psichici è peritato in modo soddisfacente, mentre ass non ha reso verosimile uno stato peggiore. Perito psichiatra è più specialista dello psicologo e del medico generalista curanti. Cap. lavorativa 65%. Raffronto percentuale dei redditi dà grado AI 35%. NO riforma prof

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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e

riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V

351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica psichiatrica è stata chiarita in modo soddisfacente dal perito che essa ha appositamente nominato. Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunto lo specialista dr. med. _____ nella perizia psichiatrica del 16 novembre 2015. A questi referti va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 2.5). Questo esperto ha infatti attentamente valutato di persona il ricorrente in due occasioni, ha vagliato la documentazione medica messa a disposizione, ha eseguito degli esami personali e obiettivi, ma ha anche contattato telefonicamente lo psichiatra che ha seguito l'assicurato. Non va poi dimenticato che anche il medico SMR, intervenuto in seguito, ha confermato le conclusioni peritali. Dal canto suo, invece, il ricorrente non ha saputo rendere verosimile, a mano di specifica e dettagliata documentazione medica, che il suo stato di salute fosse in realtà peggiore di quello ritenuto dal perito prima e dal medico SMR poi (inabilità lavorativa del 35% per motivi psichici in qualsiasi attività lucrativa). Egli si è limitato a fare riferimento ai pareri di due medici curanti per sostenere la sua tesi secondo cui gli dovrebbe essere attribuita una rendita intera di invalidità a causa della sua totale certificata incapacità

lavorativa. La psicologa _____, che dal 23 aprile 2013 seguiva l'assicurato, il 26 gennaio 2015 (doc. 21) ha compilato l'apposito formulario trasmesso dall'Ufficio AI, indicando quale diagnosi dei disturbi misto ansioso depressivo (F41.2), esordio nella preadolescenza; disturbo borderline della personalità (F60.3), esordio nell'adolescenza; disturbi del comportamento dovuti al consumo di sostanze (F19), esordio nell'adolescenza. Dopo avere esposto l'anamnesi, la psicologa ha rilevato che oggi i sintomi più significativi erano: elevato stato di ansia, difficoltà nella gestione delle dinamiche familiari e professionali, così come nell'ambito personale e relazionale generale, stati di irascibilità e impulsività, dipendenza da sostanze. Per quanto concerne la prognosi, ella ha osservato che finché l'interessato non metteva in discussione il suo carattere e la sua dipendenza affettiva nel tentativo di gestire gli scatti di rabbia, così come i cicli di euforia e di depressione, finché non ci sarà una maggiore critica costruttiva rispetto a quanto poteva gestire e modificare del suo comportamento sia nel mondo relazionale che in quello professionale, la prognosi non poteva essere favorevole. A quel momento l'uso di sostanze era gestito con una terapia metadonica, ma il problema principale restava il disturbo di personalità che era invalidante sia sul piano privato che professionale. Per questi motivi, la capacità lavorativa era ridotta del 100% e una ripresa lavorativa non era proponibile. Il rapporto del 3 marzo 2015 (doc. 22) del dr. med. _____, FMH medicina generale, ha indicato anch'esso un disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline (ICD-10, F60.31) presente dal 2002 e una sindrome di dipendenza da sostanze psicoattive multiple o da altre sostanze psicoattive (ICD-10, F19.2). Il medico curante ha descritto l'assicurato come una persona con disturbo di personalità emotivamente instabile che da 27 anni procedeva a una automedicazione con sostanze psicoattive, che aveva avuto più ricoveri sia in ospedale sia in comunità (l'ultimo proprio dal 3 al 17 febbraio 2015) e che tutti i tentativi di formazione e inserimento avevano avuto una durata limitata. Secondo il medico curante, la situazione a quel momento era peggiorata e il paziente era sempre più instabile; aveva avuto un notevole calo ponderale (72kg x 186cm). A quel momento era seguito da _____ per la terapia metadonica sostitutiva e in più assumeva altri due farmaci. A suo dire, l'assicurato era inabile al lavoro al 100% da molti anni; aveva fatto diversi percorsi lavorativi, però con un'instabilità importante tanto che ha dovuto abbandonarli. Per il suo medico era impensabile il proseguo di un'attività professionale, indicando che la capacità lavorativa era ridotta del 50%, non riuscendo a sopportare il lavoro, soprattutto al mattino. Una ripresa dell'attività professionale era improbabile. Questi referti, d'avviso del Tribunale, non sono atti a mettere in dubbio le conclusioni del perito. In effetti entrambi si riferiscono ad inizio 2015, ma da allora la situazione dell'interessato è mutata, visto che successivamente al ricovero del febbraio 2015 egli ha mantenuto il suo progetto di aprire un negozio - che si stava per concretizzare nei giorni in cui è stato peritato dal dr. med. _____, a metà novembre 2015 -, a Pasqua 2015 ha svolto un mercato e nell'estate 2015 ha partecipato ad una convention di tatuatori. Non va soprattutto dimenticato che nel 2014 il ricorrente è stato condannato per guida senza patente a 6 mesi di carcere e a una multa di circa Fr. 5'000.-, che è riuscito a convertire in 720 ore di pubblica utilità presso il Comune di _____ lavorando dall'aprile 2015 inizialmente al 30% (3 pomeriggi alla settimana su sua richiesta vista la difficoltà a svegliarsi alla mattina), poi per tre giorni interi, occupandosi dei prati. Addirittura, nel mese di giugno 2015 l'assicurato aveva chiesto al Comune di essere assunto al 50% per potere gestire un parco. Secondo il TCA, tutto ciò conferma le conclusioni del perito psichiatra, ovvero che il ricorrente era in grado di svolgere un'attività lucrativa e non che era totalmente inabile al lavoro, come da lui stesso preteso con il proprio ricorso

rinviano ai pareri della psicologa _____ e del dr. med. _____. Peraltro, in presenza di disturbi psichici, nel caso di specie un medico psichiatra risulta più specialista di una psicologa e di un medico specialista in medicina interna. Per questo motivo può quindi essere fatto affidamento al referto peritale del dr. med. _____ e accantonata l'opinione non solo del dr. med. _____, non specialista in materia siccome medico interista, ma anche di _____, psicologa. In effetti, a fronte di una valutazione peritale da parte di uno psichiatra, le loro valutazioni di medici non specialisti in materia non possono qui per giurisprudenza avere pieno valore probatorio (STF 9C_18/2010 del

E. 7

ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; STCA 36.2016.106 del 21 dicembre 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.188 del 30 settembre 2015; STCA 36.2014.54 del 9 febbraio 2015; STCA 36.2013.14 del 22 aprile 2014; STCA 36.2013.35 del 28 ottobre 2013; STCA 36.2012.70 del 24 aprile 2013; STCA 36.2011.48 del 18 maggio 2012). Non va dimenticato che il perito si è determinato sullo stato di salute dell'interessato prendendo comunque in considerazione le osservazioni di questi – e di altri - medici curanti. Da ultimo, il TCA rileva che le limitazioni della sua capacità lavorativa elencate dal ricorrente sono state debitamente prese in considerazione dal perito nella descrizione delle risorse e dei deficit secondo lo schema MINI ICF – APP. In conclusione, in assenza di referti di parte che contraddicano chiaramente le conclusioni peritali, il TCA non può scostarsi dal parere dello specialista pronunciato nel 2015, su cui si è fondato anche il medico SMR dell'Ufficio AI, anch'egli specialista in psichiatria, dopo avere esaminato l'intera documentazione medica. Alla luce di quanto esposto, il perito è stato in grado di stabilire chiaramente le conseguenze dei disturbi psichici del ricorrente e di indicare compiutamente il grado di capacità lavorativa dal mese di gennaio 2010 in poi. Non va infine dimenticato, in virtù della giurisprudenza suesposta concernente il valore probante dei referti medici, che lo specialista interpellato dall'amministrazione ha visitato l'assicurato nelle vesti di perito, mentre i medici contattati dal ricorrente sono intervenuti in qualità di suoi medici curanti. Ritenuto che la documentazione agli atti è dunque chiara e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie contenendo le necessarie indicazioni ai fini decisionali e che la valutazione peritale del dr. med. _____ ha potuto sufficientemente chiarire lo stato di salute dell'assicurato, e meglio la sua capacità lavorativa (residua) con attinenza ai disturbi psichici, in virtù del principio dell'apprezzamento anticipato delle prove non si giustifica, come richiede l'insorgente, un complemento istruttorio di carattere medico a carico dell'Ufficio assicurazione invalidità. Questo Tribunale prescinde quindi dal dare seguito alla richiesta di parte ricorrente di ritornare gli atti all'amministrazione per accertare ulteriormente il suo stato di salute. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser , Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner , Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29

cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurata peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su nomina dell'Ufficio AI. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurata in sede ricorsuale e va pertanto posto alla base del presente giudizio. In tali circostanze, le lagnanze dell'assicurato, non circostanziate, devono essere respinte, siccome prive di substrato medicalmente oggettivabile e il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'amministrazione nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente. Al riguardo è comunque utile rilevare che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; STFA U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurato intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007).

2.7. L'insorgente ha (implicitamente) contestato la determinazione del grado di invalidità mediante il confronto percentuale dei redditi effettuato dall'amministrazione, sostenendo che essa avrebbe invece dovuto procedere con il metodo ordinario del raffronto dei redditi e considerare che nel 2010 ha guadagnato Fr. 6'000.- netti al mese e nel periodo 2000-2002 Fr. 5'800.-. Per giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; cosiddetto raffronto dei redditi percentuale). Il Tribunale federale, nella sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata nella sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Da ultimo, questo principio è stato confermato dal Tribunale federale nelle sentenze 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 6 e 9C_896/2012 del 31 gennaio 2013 consid. 5. In quelle occasioni l'Alta Corte aveva evidenziato: " Giova infatti ricordare che nel caso in cui - come quello di specie - continua a beneficiare di una capacità lavorativa residua nell'attività lucrativa che esercitava a tempo parziale prima del danno alla salute, la persona assicurata non subisce una incapacità di guadagno nella misura in cui la sua capacità lavorativa residua è superiore o uguale al tasso di attività che eserciterebbe senza detto danno (DTF 137 V 334 consid. 4.1 in fine pag. 340 con riferimento). Orbene, in concreto è stabilito che l'assicurata è in grado di riprendere - seppure con una capacità lavorativa limitata - un impiego nel suo precedente ambito di attività. In tal modo è effettivamente possibile procedere a un confronto percentuale per valutare la perdita di guadagno e, di conseguenza, l'invalidità nella parte dedicata all'esercizio di un'attività lucrativa (cfr. DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti)". In concreto, ritenuto che nella perizia del 16 novembre 2016 del CPAS - perizia alla quale, conformemente alla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5) e per quanto visto sopra, va riconosciuta piena forza probatoria - il perito ha concluso per una capacità lavorativa del 65% nell'attività abituale e in altre adeguate, questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dall'applicazione del

confronto percentuale dei redditi per il calcolo del grado d'invalidità (STCA 32.2016.23 del 15 marzo 2017). Pertanto, stante un grado AI del 35%, in virtù dell'art. 28 cpv. 2 LAI il ricorrente non ha diritto a una rendita di invalidità, essendo il suo grado di invalidità inferiore al grado minimo pensionabile. 2.8. Il ricorrente ha infine chiesto di essere posto al beneficio dei necessari provvedimenti di integrazione professionale. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute (lett. b). Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata probabile della vita professionale rimanente (art. 8 cpv. 1bis LAI). Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (art. 8 cpv. 3 lett. a LAI) ed i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riformazione professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). L'art. 17 cpv. 1 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se grazie ad essa la capacità al guadagno può essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). La soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riformazione professionale è quindi del 20%. Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI, per riformazione professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riformazione professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). 2.9. In concreto, pur essendo il grado d'invalidità del ricorrente superiore alla soglia del 20% (grado AI del 35%), la decisione con cui l'Ufficio AI ha rifiutato la concessione di provvedimenti di integrazione professionale, ma si è messo a disposizione per un aiuto al collocamento, merita conferma. La circolare sui provvedimenti d'integrazione e di ordine professionale prevede: " 4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativa-mente: – a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no; – la persona assicurata deve essere idonea all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale; – la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità della persona assicurata. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente

valorizzabile. (...) 4013 Se una persona assicurata è sufficientemente integrata o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria.”. Con sentenza 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto: consid. A in fine) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...) 6. (...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento." Nel caso di specie una riqualifica professionale del ricorrente non entra in considerazione (STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2011.143 del 21 novembre 2011). Lo stesso perito psichiatra, nelle sue conclusioni del 16 novembre 2015 (pag. 16), ha espressamente indicato che non riteneva medicalmente utili degli interventi di integrazione professionale. In effetti, visti i suoi trascorsi professionali dell'assicurato (art. 8 LAI), che ha dimostrato di sapersi adattare ed attivare svolgendo variegati lavori tanto che fra le ultime attività lucrative stava concretizzando l'apertura di un negozio, non risulta che avesse bisogno di una riqualifica professionale malgrado il suo grado di invalidità fosse superiore al 20% previsto dalla giurisprudenza. Era per contro utile, secondo il dr. med. _____, il proseguimento del trattamento psichiatrico e psicofarmacologico. Rimane comunque aperta per l'assicurato la possibilità di far capo ad un aiuto al collocamento sulla base dell'art. 18 LAI per trovare un'attività confacente al suo stato di salute, segnatamente qualora il danno alla salute sia d'impedimento alla ricerca di un posto di lavoro (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011; cfr. anche Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT I 2003 pag. 595). Spetta dunque al ricorrente, se del caso, attivarsi in questo senso e contattare l'Ufficio AI - e per esso un consulente in integrazione professionale (STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011). 2.10. Stante quanto precede, la pretesa dell'insorgente di ottenere una rendita (intera) di invalidità non può essere accolta. Inoltre, nella misura in cui l'Ufficio AI ha rifiutato il riconoscimento (anche) di provvedimenti d'integrazione, la decisione impugnata merita conferma (STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e 32.2011.141 del 21 novembre 2011) e il ricorso va respinto. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.-vanno poste a carico dell'insorgente. 2.12. Contestualmente al ricorso, l'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio del gratuito patrocinio e all'esenzione delle spese di giustizia (doc. I). Di principio, anche se un

assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". 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). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte, il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di possibilità di esito favorevole. Lo stato di salute dell'assicurato, che si ritiene totalmente inabile al lavoro, non è stato tuttavia comprovato mediante nuova specifica documentazione medica atta a contrastare la valida perizia specialistica. La semplice richiesta di rinviare gli atti all'amministrazione per un ulteriore accertamento medico, come visto, non è però sufficiente per permettere al TCA di scostarsi dalle conclusioni del perito psichiatra del Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali, confermate dal medico del Servizio Medico Regionale, anch'egli specialista in psichiatria. In assenza di prove concrete che oggettivassero una capacità lavorativa peggiore di quella individuata dal dr. med. _____, il ricorrente non aveva alcuna possibilità di successo inoltrando il presente ricorso. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. L'istanza di assistenza giudiziaria è dunque respinta e il ricorrente non ha diritto all'esenzione dalle tasse e dalle spese procedurali fissate al considerando 2.10.