

TI_GERICHTE 32.2018.162 vom 20. August 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-08-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.162

FR: TI_GERICHTE 32.2018.162 du 20 août 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.162 del 20 agosto 2018

Regeste

Nuova domanda dopo precedente rifiuto. Malgrado peggioramento delle condizioni, non raggiunto un grado di invalidità sufficiente per la concessione di una rendita. TCA conferma. AG accordata

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (RCC 1989 p. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è

quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi,

l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C_841/2016 e 8C_130/2017), pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da tale elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un'esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del TF riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto

dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Del resto, il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle recenti STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2).

2.5. Mediante decisione del 28 ottobre 2014 l'amministrazione ha negato l'attribuzione di una rendita d'invalidità al ricorrente avendo stabilito che a fronte di un'incapacità lavorativa medico teorica del 20% come tipografo, e nulla in attività adeguate, andava ammesso, dopo confronto dei redditi, un grado di invalidità del 15% (doc. AI 38). La decisione (cresciuta in giudicato dopo il rigetto dei ricorsi al TCA dapprima e al TF in seguito) si è basata essenzialmente sulla perizia _____ eseguita il 10 settembre 2014. Quest'ultima, sulle base di referti peritali specialistici di natura psichiatrica (dr. _____), reumatologica (dr. _____) e neurologica (dr. _____), aveva posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "Sindrome lombospondilogenica cronica con/su osteocondrosi Modic 1 L5-S1, disfunzione dell'articolazione sacroiliaca ds." e concluso che l'assicurato dall'aprile 2012 era "abile al lavoro nella misura dell'80% (normale tempo di lavoro con una diminuzione del rendimento del 20%) nelle attività da ultimo esercitate di tipografo e magazziniere come pure in tutte le attività pesanti e mediamente pesanti. Per le attività leggere e conformi alle regole di ergonomia per la schiena, l'A. a. abile al lavoro in misura completa" (doc. AI 33). Secondo i periti - le cui conclusioni erano state fatte proprie anche dal medico SMR; cfr. rapporto finale 12 settembre 2014 del dr. _____; doc. AI 34 - non erano rilevabili patologie psichiche o neurologiche di rilevante intensità, ma unicamente un impedimento reumatologico del 20% per la citata diagnosi (doc. AI 33). Sulla base di questi atti medici e dopo aver eseguito il confronto dei redditi, l'amministrazione ha concluso, mediante decisione del 28 ottobre 2014, che a fronte di un'incapacità lavorativa nulla in attività leggere adeguate ne discendeva un grado di invalidità del 15%, insufficiente per la concessione di una rendita (doc. AI 35). Nell'ambito della nuova domanda di prestazioni del 23 febbraio 2017, l'amministrazione, esaminate le attestazioni presentate dalla psichiatra curante dr.ssa _____ (doc. AI 62), ha fatto eseguire una perizia psichiatrica a cura della dr.ssa _____, specialista in psichiatria, del _____. Dal referto del 29 dicembre 2017 risulta che la perita, effettuati due colloqui clinici e approfondimenti testali, oltre ad un colloquio telefonico con la curante il 3 novembre 2017, esaminata la documentazione agli atti, dopo un'accurata descrizione dell'anamnesi, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di "Episodio depressivo grave in remissione F 33.2", oltre alla diagnosi non invalidante di "tratti di personalità narcisistici". Dopo aver illustrato la situazione del paziente, la perita ha concluso che, se dal febbraio 2017 (data di inizio delle cure psichiatriche) poteva essere ammessa una totale inabilità lavorativa come certificato dalla dr.ssa _____, dal momento della perizia l'assicurato era da considerare nuovamente abile nella misura completa in qualsiasi attività. Le risorse e i deficit dell'assicurato sono stati descritti come segue: "(...) C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO 1. Descrizione di risorse e deficit-secondo schema MINI ICF-APP- 1. Rispetto delle regole : grado di disabilità nessuno. È in grado di comprendere

le regole, di rispettare i processi, non vi sono disturbi della concentrazione, dell'attenzione del pensiero che possono minare tale ambito. 2. Organizzazione dei compiti : grado di disabilità nessuno: mostra di avere una giornata organizzata, sta seguendo da solo le questioni burocratiche del padre, vi è una capacità di comprendere le priorità rispetto ai vari impegni. 3. Flessibilità: grado di disabilità lieve: vi è una certa rigidità rispetto ad alcuni schemi, il vittimismo lo porta ad assumere più un aspetto di atteggiamento passivo che proattivo 4. Competenze: grado di disabilità nessuno: le competenze cognitive appaiono integre, dispone di un apprendistato come tipografo che però purtroppo non esercita da anni e questo indipendentemente dalla patologia psichiatrica, è da notare come risorsa quello di possedere una capacità lessicale buona e con termini forbiti 5. Giudizio: grado di disabilità nessuno: rispetto alla valutazione del piano di realtà in quanto il pensiero non presenta elementi deliranti. Vi è una valutazione invece di sé come persona malata, non compresa dagli altri che lo conduce ad un atteggiamento pseudo-regressivo e determina quindi in questa area una disabilità lieve. 6. Persistenza: grado di disabilità nessuno: l'assicurato se mosso dal difendere i propri interessi o scopi è in grado di avere una buona persistenza; qualora invece sia confrontato con questioni per lui di poco conto ha la tendenza a mostrare minor resistenza e quindi a mostrare una disabilità lieve 7. Assertività: grado di disabilità lieve: è in grado di difendere i propri interessi e i propri diritti, è in grado di dire se non si trova in accordo, talvolta con modalità che generano conflitto se non ottiene ciò che a suo dire gli è dovuto. In questi casi assume atteggiamenti squalificanti nei confronti dell'interlocutore. Tale aspetto è da ricondurre alla sua struttura di personalità e non al disturbo depressivo 8. Contatto con gli altri: grado di disabilità lieve-moderato: vi è un contatto superficiale mantenuto, con un atteggiamento cordiale e corretto, vi è sempre comunque un certo autocentrismo che può portare a non creare delle buone relazioni rispetto alle persone esterne quando si trova confrontato con situazioni frustranti. Tale aspetto è da ricondurre alla sua struttura di personalità e può essere superato evitando lavori che necessitino di lavorare a stretto contatto con gli altri 9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità lieve-moderato: gli aspetti di vittimismo presenti lo possono portare a non essere in grado di collaborare in maniera produttiva con i propri colleghi. Sono quindi da evitare lavori in team 10. Relazioni intime: grado di disabilità lieve: ha come risorsa la propria ex moglie che lo aiuta, con la nuova moglie i rapporti non sembrano costituiti e basati su un amore e solidarietà, tuttavia tale ambito non influisce sulle sue capacità lavorative. 11. Attività spontanee: grado di disabilità nessuno: ha ridotto delle attività come occuparsi della squadra di calcio o fare attività sportive, tuttavia la descrizione della giornata mostra che è in grado di suddividere il tempo tra le varie attività. 12. Cura di sé: grado di disabilità nessuno: l'abbigliamento appare formalmente adeguato alle circostanze, non vi sono segni di trascuratezza. 13. Mobilità: grado di disabilità nessuno: dispone delle patenti di guida ma non guida da anni (tale aspetto non è legato alla problematica psichiatrica), non vi sono problemi nel muoversi a piedi o problemi nell'uso dei mezzi pubblici." A fronte di tale valutazione ha concluso che se andava ammessa una totale incapacità lavorativa dal febbraio 2017, data di inizio della cura psichiatrica, dal momento della valutazione peritale vi era nuovamente una capacità piena (cfr. in esteso al consid. 2.7). La pratica è quindi stata sottoposta al medico SMR dr. _____, il quale, nel rapporto finale del 24 gennaio 2018, ha aderito alle conclusioni della perizia e concluso per un'inabilità lavorativa nell'attività abituale del 20% da aprile 2012, del 100% dall'8 febbraio 2017 e del 20% dal 25 ottobre 2017; in un'attività adeguata non vi era inabilità, se non nel periodo dal 8 febbraio 2017 al 24 ottobre 2017, ritenuto che vi era stato un

“intercorrente peggioramento psi con recupero di CL piena dal punto di vista psi ” (doc. AI 35). L’amministrazione ha quindi interpellato la consulente professionale (cfr. rapporto del 30 marzo 2018, doc. AI 78), e con progetto di decisione del 3 aprile 2018 ha respinto la domanda di prestazioni (doc. AI 77). L’assicurato ha quindi prodotto le seguenti nuove osservazioni del 1. maggio 2018 della psichiatra curante: " Non condivido la diagnosi di episodio depressivo grave in remissione F33.2 quale diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. L'episodio depressivo ancora presente al momento della valutazione della collega non si è risolto. Nel corso degli ultimi 3 mesi si è assistito anzi ad un peggioramento dell'episodio depressivo in corso che si era aggravato dopo il decesso per omicidio del padre. Il paziente non ha ancora superato il lutto con evidenti sensi di colpa. I tratti personologici disfunzionali si sono aggravati con peggioramento della rigidità, della tendenza a portare rancori, della sospettosità, dell'inclinazione a riferire a sé fatti e situazioni, con aumento della conflittualità con i familiari e la società. Il pensiero è rivolto ad ottenere giustizia per la morte del padre con importanti ruminazioni ideative su tale tema. La presa a carico psichiatrica mi ha permesso di concludere con l'osservazione longitudinale e l'etero anamnesi raccolta dai familiari per un disturbo di personalità misto ICD 10 F 60.1 oltre che alla permanenza di un episodio depressivo di grado attualmente medio (F 33.1). La diagnosi da me posta di sindrome depressiva ricorrente si basa sull'evidenza di 2 episodi depressivi: uno sviluppato nel 2015 con presa a carico SPS secondo quanto riferito dal precedente curante e l'altro dall'autunno 2016. All'esame obiettivo presenta un tono dell'umore mediamente deflesso con idee di colpa, segni d'ansia al colloquio, ruminazioni ideative sul decesso del padre (di cui si colpevolizza) con desiderio di ottenere giustizia, assente progettualità per il recupero di sé e della propria capacità lavorativa. Nella descrizione di risorse e deficit secondo schema MINI ICF - APP riscontro un grado di disabilità medio grave nella flessibilità, nella persistenza, nell'assertività in relazione al disturbo personologico associato allo stato depressivo. Per quanto riguarda la capacità lavorativa ritengo che visto il decorso osservato la stessa sia ancora parzialmente limitata al 50% per i deficit presentati imputabili all'episodio depressivo di media gravità ancora presentato ed al disturbo personologico che rappresenta malattia invalidante. Ritengo la prognosi incerta per un recupero ulteriore della capacità lavorativa vista la patologia.” (doc. AI 87) Detta certificazione è stata sottoposta al _____, il quale, tramite la dr.ssa _____, con scritto 30 luglio 2018 ha sostanzialmente confermato le sue conclusioni peritali in assenza di una modifica dello stato psichico condivisibile (cfr. doc. AI 91 riportato per esteso al consid. 2.8 che segue). Tali conclusioni essendo state condivise anche dal SMR il 7 agosto 2018 (doc. AI 93), con la decisione contestata del 20 agosto 2018, l’Ufficio AI ha confermato il progetto come segue: " Esito degli accertamenti: In data 24.02.2017 lei ha presentato una richiesta di peggioramento, la quale è stata inizialmente completata con l’acquisizione di tutta la documentazione medica necessaria ai fini di poter valutare completamente il procedere assicurativo. Dalla documentazione acquisita all'incarto, con particolare riferimento alla perizia esperita dal _____, risulta che il danno alla salute di cui lei è portatore, le ha comportato una totale incapacità al lavoro in ogni attività dall'08.02.2017 al 24.10.2017. Dal 25.10.2017 è presente una totale capacità al lavoro in attività adeguate mentre nell'attività abituale è attestata una riduzione di rendimento del 20% come da decisione del 28.10.2014. A decorrere dal 25.10.2017 il suo stato di salute è sovrapponibile a quello precedente l’08.02.2017, quindi la sua capacità di guadagno residua risulta essere nuovamente dell'85% con un grado d'invalidità del 15%. Dal 25.10.2017 essendo il grado

d'invalidità inferiore al 40%, il diritto alla rendita non esiste come non esiste nemmeno per il periodo dall'08.02.2017 al 24.10.2017 in quanto non è perdurato per il periodo minimo di un anno (art. 28 LAI). Misure d'ordine professionale, volte al conseguimento di una qualifica di base, non risultano attuabili. Osservazioni: A seguito delle osservazioni (cfr. Io scritto del 03.05.2018 e il referto medico del 01.05.2018 della Dr.ssa _____) presentate in opposizione al progetto di decisione del 03.04.2018 il dossier è stato sottoposto per competenza al vaglio del Servizio medico regionale AI (SMR). Quest'ultimo con l'annotazione del 07.08.2018 ha in sostanza potuto indicare che la nuova documentazione presentata non apporta alcun elemento medico atto a poter modificare le conclusioni alle quali l'amministrazione era giunta. In definitiva il progetto di decisione del 03.04.2018 risulta corretto e deve pertanto essere confermato. Decidiamo pertanto: La richiesta di prestazioni è respinta.” (doc. AI 92) Di fronte al TCA il ricorrente ha prodotto una nuova certificazione del 14 settembre 2018 della dr.ssa _____, in merito alla quale si è espresso il _____ il 25 ottobre 2018 e il SMR il 26 ottobre 2018 (doc. I/A, VI/2 e 3; cfr. al consid. 2.8). 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 d'istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009; STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008,

consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

2.7. Per quanto riguarda la situazione precedente all'inoltro della nuova domanda di prestazioni, mediante la decisione, cresciuta in giudicato, del 28 ottobre 2014 l'amministrazione, sulla base della perizia multidisciplinare del _____ del 10 settembre 2014 (doc. AI 33), aveva stabilito in maniera vincolante che, a dipendenza delle sole affezioni reumatologiche, l'assicurato era da considerare abile in misura piena in attività leggere adeguate con un conseguente grado di invalidità del 15%, insufficiente per la concessione di una rendita (doc. AI 35; cfr. al consid. 2.5). Ora, per quanto riguarda la domanda di prestazioni inoltrata nel febbraio 2017 dall'assicurato, il quale faceva valere un peggioramento, segnatamente di natura psichica, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione agli atti, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale del 29 dicembre 2017 della dr. _____ del _____, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i ricordati parametri giurisprudenziali. Non vi sono in effetti ragioni per scostarsi dalle convincenti e approfondite considerazioni della perita, la quale, dopo attenta valutazione della documentazione agli atti, dell'anamnesi, di un accurato esame clinico in due sessioni, l'esecuzione di esami clinici e delle descrizioni soggettive, ha correttamente ritenuto che l'assicurato era portatore di un " Episodio depressivo grave in remissione F 33.2" , oltre alla diagnosi non invalidante di " Trattati di personalità narcisistici ". Dopo aver illustrato nel dettaglio la situazione del paziente, e ricordato come l'assicurato avesse iniziato una presa a carico psichiatrica nel 2016 e dal febbraio 2017 presso la dr.ssa _____, mentre che non vi erano antecedenti psichiatrici, come del resto emerso dalla perizia _____ del 10 settembre 2014, ha approfonditamente preso posizione sulle certificazioni della curante. Rilevato in particolare che la medesima, nel rapporto medico del 25 maggio 2017 avesse evidenziato la presenza da due anni di una " sindrome ansiosa generalizzata complicata dall'autunno 2016 da uno sviluppo depressivo grave, da anni vi sarebbero attacchi di panico pluriquotidiani e una sindrome dolorosa riferita come grave" , ha esposto come la stessa elencasse la presenza di " tono dell'umore fortemente depresso con idee di rovina, fallimento, colpa, ansietà generalizzata e difficoltà di concentrazione" . Ha quindi osservato come tali disturbi non fossero rilevabili nel corso della sua valutazione peritale. Ne ha quindi dedotto che ciò era " probabilmente da attribuire a una risposta positiva al trattamento antidepressivo e ansiolitico adeguatamente prescritto che ha permesso nel tempo un contenimento della sintomatologia ". In effetti, quanto descritto dalla curante si riferiva ad un periodo di solo tre mesi successivo all'inizio della terapia. La perita ha quindi riferito che nel corso della sua valutazione non aveva " evidenziato un umore fortemente,

ma solo lievemente depresso, sono assenti disturbi cognitivi, non vi sono idee di rovina o di fallimento, vi è la presenza di una sintomatologia di colpa in relazione alla morte del padre che comunque non ha la caratteristica di un delirio oltimico". Se ne poteva dedurre che " il peggioramento della sintomatologia depressiva dichiarato dalla curante telefonicamente è stato transitorio ed è avvenuto a seguito della morte traumatica del padre". Osservato come la terapia antidepressiva non fosse stata sostanzialmente modificata con tuttavia una sospensione del trattamento sedativo, la perita ha evidenziato che il peggioramento depressivo fosse comunque stato reattivo a un evento stressante grave, ma era comunque stato transitorio e non ha necessitato di un potenziamento del trattamento antidepressivo o di una ospedalizzazione. Quanto alle diagnosi da porre, la perita ha osservato che il codice ICD 10 indicato dalla curante nel suo rapporto (F 33.2) era riferito ad una depressione ricorrente: tuttavia, secondo la dr.ssa _____ " di fatto però non vi sono dati anamnestici a sostegno di un precedente episodio depressivo maggiore di qualsiasi entità che possa giustificare una diagnosi di depressione ricorrente". Ha quindi ulteriormente esposto che: " (...) rispetto alle diagnosi dello spettro ansioso citate nel rapporto della curante l'assicurato non ha riferito sintomi inquadabili sia in un'ansia panica che generalizzata (anche nel rapporto medico della Dr.ssa _____ del maggio scorso si parla in senso generico di ansia). Pur non avendo rilevato un franco disturbo di personalità è presente una struttura di personalità narcisistica che lo porta ad assumere un atteggiamento squalificante rispetto all'altro, a vivere la situazione attuale in maniera vittimistica. Vi è un'assente motivazione verso una ripresa lavorativa o verso una progettualità, vi è una regressione in assenza della figura parentale di riferimento: si tratta comunque di una pseudo-regressione in quanto l'assicurato non mostra ancora una perdita delle proprie risorse cognitive e dei legami sociali, mantiene una strutturazione della propria giornata. Durante il colloquio era emerso un aumento del consumo di etile: gli esami condotti hanno rilevato un CDT ancora nei limiti di norma." Ne discendeva che se dal febbraio 2017 (data di inizio delle cure psichiatriche) poteva essere ammessa una totale inabilità lavorativa come certificato dalla dr.ssa _____, dal momento della perizia l'assicurato era da considerare nuovamente abile nella misura completa in qualsiasi attività. Sulla base di queste osservazioni, poste le menzionate diagnosi, nella descrizione delle risorse e dei deficit la perita ha individuato un grado di disabilità lieve negli ambiti "Flessibilità, giudizio e persistenza (parzialmente), assertività, relazioni intime", un grado lieve-moderato negli ambiti "Contatto con gli altri, Integrazione nel gruppo", mentre che in tutti gli altri ambiti, vale a dire "Rispetto delle regole, Organizzazione dei compiti, Competenze, Giudizio (parzialmente), Attività spontanee, Cura di sé e mobilità" non era riscontrabile nessun grado di disabilità (cfr. per esteso al consid. 2.5). Esprimendosi su tale valutazione delle risorse e dei deficit, la perita ha osservato che al momento della valutazione lo stato di salute appariva migliorato nettamente, la valutazione delle limitazioni funzionali con il mini ICF non potendo portare ad identificare aree di disfunzionamento marcato come invece sostenuto dalla curante (doc. AI 75 p. 13). Tutto ben considerato la perizia ha quindi concluso - sulla base di un'approfondita analisi della documentazione, dell'anamnesi, della descrizione della giornata, dell'esame clinico effettuato secondo il vocabolario AMDP System, della descrizione dei limiti e delle risorse secondo schema Mini-ICE APP e delle descrizioni soggettive - che, se andava confermata l'insorgenza di uno stato ansioso depressivo e la conseguente inabilità lavorativa dal febbraio 2017, al momento della valutazione peritale, in considerazione del miglioramento intervenuto, la capacità lavorativa era da considerare ripristinata integralmente, formulando le seguenti conclusioni: " Per

quanto riguarda la capacità lavorativa, l'insorgenza di uno stato ansioso depressivo che ha necessitato di una presa a carico psichiatrica da parte della Dr.ssa _____ anche con farmacoterapia ha portato ad influire sulla CL dell'assicurato. Si conferma la IL del 100% dal 08.02.2017 data di inizio delle cure da parte della Dr.ssa _____; l'introduzione di un corretto regime psicofarmacologico con SSRI (paroxetina 40 mg) ha permesso un contenimento del quadro psicopatologico tanto che nel corso dell'attuale valutazione non sono emersi criteri per un episodio depressivo maggiore che appare quindi in via di remissione; rispetto alle diagnosi di disturbo di attacchi di panico e di ansia generalizzata non posso confermarle in assenza di sintomi riferiti da parte dell'assicurato sia al momento della valutazione peritale che precedentemente (anche la Dr.ssa _____ nel suo rapporto del maggio 2017 non mi riporta sintomi suggestivi per diagnosi dello spettro ansioso). Al momento della valutazione lo stato di salute appare migliorato nettamente, la valutazione delle limitazioni funzionali con il mini ICF non porta ad identificare aree di disfunzionamento marcato come invece sostenuto dalla curante e quindi ritengo che vi sia una capacità lavorativa piena a partire dal primo colloquio al _____, in qualsiasi attività medico teorica anche come casalingo. Vi è una struttura di personalità preesistente che lo porta ad un atteggiamento pseudo-regressivo e vittimistico, non attivante e propositivo sul piano lavorativo in quanto si ritiene una persona malata e non più in grado di lavorare sia per gli aspetti fisici che psichici. Sono preferibili attività lavorative che possa svolgere in maniera autonoma e non in gruppo. Inoltre vista anche in alcuni momenti una maggiore predisposizione all'uso di alcol sono da evitare lavori che lo porterebbero ad un contatto diretto con tale sostanza. La terapia in atto non dovrebbe avere effetti collaterali correlati ad una aumentata sedazione. La prognosi appare quindi incerta, vista poi l'assenza di motivazione provvedimenti reintegrativi non sono praticabili." (doc. AI 75) A tali conclusioni, ben motivate e frutto di un approfondito esame e rispettose dei requisiti posti dalla giurisprudenza in materia di perizie psichiatriche (cfr. al consid. 2.4. e 2.6; cfr. anche al consid. 2.8), questo Giudice deve senza riserve aderire. Del resto le stesse sono state condivise anche dal medico del SMR nel rapporto finale del 24 gennaio 2018 (cfr. doc. AI 76). 2.8. Il ricorrente ha contestato queste conclusioni sulla base del parere della psichiatra curante. Per quanto riguarda i certificati precedenti alla perizia del 29 dicembre 2017, gli stessi erano già stati adeguatamente considerati nell'ambito della perizia medesima, alle cui considerazioni può quindi essere rinviato (doc. AI 75). Quanto alla _____ del 1. maggio 2018 prodotta dall'assicurato successivamente alla perizia del _____ e prima della resa della decisione amministrativa - con la quale la psichiatra curante ha in sostanza contestato la diagnosi posta dal _____, ritenendo l'episodio depressivo ancora presente, con un peggioramento negli ultimi tre mesi, ritenendo pure data la diagnosi di disturbo di personalità misto ICD 10 F60.1, oltre al già citato episodio depressivo di grado attualmente medio F 33.1; inoltre per la curante l'incapacità lavorativa era da considerare ancora del 50% (doc. AI 86; cfr. nel dettaglio per esteso al consid. 2.5) - va detto che in merito si era espressa la perita dr.ssa _____ del _____ il 30 luglio 2018 come segue: " Ho letto le osservazioni poste dalla collega Dr.ssa _____ del 1 maggio 2018 rispetto alla mia valutazione peritale e mi accingo a rispondervi: La curante non concorda sulla diagnosi di un episodio depressivo grave in remissione F33.2 da me posta dopo i colloqui avuti nell'ottobre e novembre 2017 quale diagnosi con influsso sulla CL: ella afferma che l'episodio non si è risolto e nel corso degli ultimi tre mesi si è assistito ad un peggioramento dell'episodio depressivo in corso che si era aggravato dopo l'omicidio del padre. Purtroppo non viene descritto il quadro attuale e quindi mi è impossibile fare un

confronto rispetto allo status psicopatologico evidenziato a ottobre/novembre 2017 e quindi valutare in cosa effettivamente consista il peggioramento da lei segnalato. Ricordo come ho scritto in perizia che in quella occasione avevo constatato un umore lievemente deflesso, assenza di rallentamento psicomotorio, mimica espressiva, assenza di idee di rovina o di fallimento, vi era la presenza di una sintomatologia di colpa in relazione alla morte del padre che comunque non aveva la caratteristica di un delirio oltimico, e quindi di tipo depressivo. L'affettività appariva congrua seppur lievemente esagerata nella sua intensità ed espressione, l'attenzione, la concentrazione erano mantenute sebbene soggettivamente percepite come deficitarie, non si apprezzavano disturbi della memoria sia a breve che a lungo termine, vi era una certa bizzarria, ma senza deliri strutturati e un pensiero autocentrato con tendenza a proiettare all'esterno. Inoltre l'intelligenza era integra, verbalizzava sentimenti di inutilità e fallimento ma che erano più aspetti di tipo esistenziale che legati al tono dell'umore. In ultimo erano presenti idee passive di morte senza pianificazione suicidaria. Tale quadro quindi si differenziava in senso migliorativo rispetto a quello descritto agli atti dalla Dr.ssa _____ del 22.05.2017 (Referto medico: tono dell'umore fortemente deflesso con idee di rovina, fallimento, colpa, ansietà generalizzata, difficoltà di concentrazione); inoltre rispetto alla diagnosi di un episodio depressivo in atto di grado grave non vi erano quindi i criteri sufficienti secondo i sistemi di classificazione internazionale ICD 10. L'episodio depressivo di grado grave secondo ICD 10 viene descritto dalla presenza di almeno 8 sintomi di cui necessariamente devono essere presenti tutti e tre i sintomi elencati nel criterio B del F32.O ovvero umore depresso di un livello che è chiaramente abnorme per il soggetto presente per la maggior parte della giornata e quasi ogni giorno, in gran parte non influenzato dalle circostanze e persistente per almeno due settimane; perdita di interesse o piacere per le attività che sono piacevoli, diminuita energia e aumentata affaticabilità. I sintomi addizionali per raggiungere un minimo di 8 sintomi complessivi sono: perdita di sicurezza ed autostima, sentimenti irragionevoli di autobiasimo o sentimenti di colpa eccessivi e inappropriati, pensieri ricorrenti di morte o suicidio o qualunque comportamento suicidario, lamentazioni o evidenza di una diminuita capacità di pensare o concentrarsi come indecisione e titubanza modificazioni dell'attività motoria con agitazione o rallentamento (soggettivo o oggettivo) disturbi del sonno di qualsiasi tipo, modificazione dell'appetito. Tale sintomatologia deve causare un disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. Dalla valutazione da me fatta non emergeva un umore fortemente depresso, non vi è una perdita e interesse per tutte le attività, vi era la capacità di occuparsi in maniera autonoma di esse (ad esempio sistemare gli aspetti burocratici della famiglia, fare cose piacevoli come passeggiare lungo il lago anche con la figlia, ascoltare musica); non emergeva quindi una coartazione rispetto alla dimensione psicomotoria e all'iniziativa, le attività messe in atto non necessitavano di uno stimolo o un supporto esterni ad esempio dei familiari, la strutturazione della giornata era mantenuta. Non erano quindi soddisfatti tutti i criteri B relativi all'episodio depressivo. Non vi erano come detto sopra idee di rovina, fallimento, colpa, ansietà generalizzata, assenti oggettivamente i disturbi cognitivi. Nel capitolo "Conclusioni" scrivevo che l'introduzione di un corretto regime psicofarmacologico con SSRI (paroxetina 40 mg) aveva permesso un contenimento del quadro psicopatologico tanto che nel corso della mia valutazione non erano emersi criteri per un episodio depressivo maggiore che appariva quindi in via di remissione. Per tale motivi, in assenza di un pieno soddisfacimento dei criteri sopra descritti è rispetto alle differenze del quadro clinico evidenziato in corso di esame peritale e quelle descritte dalla

psichiatra curante ho ritenuto che l'episodio depressivo fosse in remissione. Avevo anche rilevato che la terapia antidepressiva non fosse stata modificata né fosse stato necessario un ricovero nonostante il riferito peggioramento del disturbo depressivo con la morte del padre (già nel rapporto del 22 maggio 2017 antecedente all'evento stressante essa consisteva in paroxetina 40 mg) oltre che la quetiapina non era più stata prescritta né sostituita con un'altra molecola. La Dr.ssa _____ nel suo certificato del 22 febbraio 2017 scrive tra le diagnosi quella di Episodio depressivo grave mettendo come codice ICD quello relativo ad una depressione ricorrente, attuale episodio grave e sempre nel certificato 22 maggio 2017 scrive "il paziente presenta da 2 anni una sindrome ansiosa generalizzata complicata dall'autunno 2016 con lo sviluppo di un episodio depressivo grave. Da anni attacchi di panico pluriquotidiani sindrome dolorosa riferita come grave". Nessuna nozione quindi di un pregresso episodio depressivo, ma riporta invece una sindrome ansiosa; in corso di perizia l'assicurato ha riportato di essere stato in cura per un breve periodo nel 2015 al SPS, di non aver intrapreso nessun trattamento farmacologico e di aver interrotto i consulti perché non potevano aiutarlo nella sua richiesta AI. Ora la curante afferma che la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente sia suffragata da due episodi depressivi con presa a carico del SPS secondo quanto riferite, tuttavia tale informazione non era stata da lei precedentemente comunicata (a maggio 2017 sosteneva che l'assicurato era affetto da due anni da una sindrome ansiosa generalizzata) né le informazioni direttamente raccolte dall'assicurato avevano palesato sintomi di un episodio depressivo pregresso. Non ho quindi informazioni rispetto ad una patologia ricorrente che non posso confermare. La Dr.ssa _____ aggiunge nel suo ultimo scritto la diagnosi di un disturbo misto di personalità (il codice ICD segnato F 60.1 corrisponde ad un disturbo schizoide di personalità, probabilmente si tratta di ICD 10 F 61.0), diagnosi mai prima posta. Nella mia perizia avevo scritto che non evidenziavo un disturbo di personalità ma piuttosto una struttura narcisistica. L'assicurato è stato valutato in corso di perizia SAM nel 2014 dal Dr. _____, FMH Psichiatria e Psicoterapia, in quell'occasione nessuna diagnosi psichiatrica era stata posta. Ricordo che la diagnosi di disturbo di personalità secondo ICD 10 comporta che il disturbo compaia sin dall'età infantile o dall'adolescenza-prima età adulta e perduri durante l'età adulta. Esso determina una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti. L'assicurato ha mostrato una carriera lavorativa fino al 2001 integra, con una continuità lavorativa, dove i vari cambi di lavoro avvenivano per motivazioni contingenti e non per difficoltà relative al proprio funzionamento. Anche a livello interpersonale vi era una buona integrazione, con un buon rapporto con i figli, l'ex moglie (tuttora), era attivo come allenatore di una squadra, eccetera. Non vi sono quindi segni di un malfunzionamento a partire dalla tarda adolescenza-prima età adulta, criteri indispensabili per una diagnosi di Asse II relativa quindi ad un disturbo di personalità. Confermo quindi che non trovo elementi ulteriori che mi portino a condividere la diagnosi di un disturbo di personalità ora diagnosticato dalla curante. Non ho quindi evidenze mediche che mi portino a discostarmi dalla mia precedente valutazione." (doc. AI 91) A dette conclusioni, peraltro confermate anche dal SMR il 7 agosto 2018 (doc. AI 93), che prendono approfondita e motivata posizione sulle singole censure formulate dalla curante, può interamente essere rinviato, non essendovi motivo di scostarsi. Il ricorrente ha prodotto in questa sede una nuova certificazione del 14 settembre 2018 della dr.ssa _____, con la quale viene ancora contestata la valutazione peritale e ribadita la persistenza di un'inabilità lavorativa del 50%, per un episodio depressivo di media gravità oltre ad un disturbo di personalità di tipo misto F 61 .0 (doc. A/4). L'amministrazione ha

sottoposto tale certificazione così come le censure ricorsuali, al _____, il quale, tramite la perita dr.ssa _____, il 25 ottobre 2018 si è pronunciato come segue: " (...)
La dr.ssa _____ conferma la presenza di un disturbo di personalità misto (paranoide-narcisistico). Non vi sono ulteriori informazioni cliniche al riguardo. Non ho quindi nulla da aggiungere rispetto al mio scritto del 30.07.2018 dove già mi ero espressa sui motivi che mi portavano a discostare da una diagnosi di disturbo di personalità. Rispetto alla descrizione del quadro clinico attuale riportato dalla curante, tali elementi erano già stati raccolti in corso di perizia (vedi capitolo sintomi soggettivi, esame clinico secondo AMDP-System) anche con il colloquio con la curante e appaiono analoghi a quelli descritti (sentimenti di colpa verso la morte del genitore, distacco dalla famiglia di origine già-presente da tempo, disinteressamento del pensiero altrui, del vivere). Non trovo quindi un quadro modificato rispetto a quello da me precedentemente osservato. L'Avvocatessa sostiene dal rapporto peritale emerge chiaramente che lo stato in cui si trova l'assicurato non rappresenta il suo stato normale e che in particolare dalla morte del padre nel maggio 2017 vi sia stato uno stato di salute fortemente modificato. Ricordo che già antecedentemente nel rapporto per l'Al del 22.05.2017 la Dr.ssa _____ sosteneva che vi sarebbe stato un esordio di un episodio depressivo grave (oltre che lo sviluppo di una sindrome ansiosa generalizzata da almeno due anni e una sindrome da attacchi di panico). La morte del padre secondo quanto riferito dall'assicurato è avvenuta il 30.05.2017 quindi posteriormente; peraltro nei certificati successivi in cui si sostiene che vi è stato un peggioramento dovuto al lutto del genitore l'episodio depressivo è diventato di grado medio (rapporto O-1 .05.2018), quindi secondo la curante di minore gravità rispetto a quello di partenza. Dalla morte del padre però come scritto in perizia nessuna variazione terapeutica. Rispetto alle affermazioni fatte dall'avvocatessa sull'impatto negativo che lo stato di salute avrebbe a partire dalla morte del padre, ricordo che il ritiro dal mondo esterno senza contatti con gli altri se non con l'ex moglie e i figli, da lei rimarcato, era già presente in corso di valutazione _____ del 10.09.2014 dove a pag. 4 leggo "... L'A riferisce di non avere amici, non ha contatti sociali, per scelta (sottolineatura della scrivente) da anni non frequenta i ritrovi pubblici. Non guarda la TV, non legge il giornale, non si interessa delle notizie di attualità...". Tali elementi erano già presenti antecedentemente allo sviluppo di una patologia psichiatrica in quanto ricordo che la valutazione psichiatrica del dr. _____ avvenuta in quella occasione non aveva evidenziato nessuna diagnosi in tal senso. Inoltre se confronto la descrizione della giornata fatta in occasione della mia perizia e quella descritta in perizia _____, dove come detto sopra non veniva rilevato un disturbo psichiatrico, non trovo performance sociali, interessi o impegni maggiori o comunque maggiormente articolati a riprova che anche antecedentemente al disturbo psichiatrico il suo funzionamento era come quello da me rilevato e quindi che la patologia psichiatrica valutata da me in fase di remissione non avesse ripercussioni sul funzionamento globale. Infatti in perizia _____ l'assicurato usciva a fare una passeggiata, non faceva nessun lavoro domestico, passava il tempo con il figlio, non leggeva giornali, non aveva contatti sociali, aveva disturbi del sonno (addormentamento). L'avvocato riporta i criteri dell'ICD, sostenendo che essi soddisfino i criteri per un disturbo di grado medio. Ricordo che nella valutazione della gravità di un episodio depressivo non si considera esclusivamente la presenza/assenza dei sintomi ma il grado in cui essi interferiscono con il funzionamento dell'individuo rispetto al funzionamento precedente. L'assicurato confrontando il funzionamento attuale non presenta un funzionamento diverso rispetto a quello presente antecedentemente allo sviluppo del disturbo psichiatrico. Questo a prova di come il disturbo

depressivo non avesse ripercussione sul funzionamento che appare sovrapponibile a quello premorbo descritto in perizia _____. Secondo quindi quanto argomentato riconfermo pienamente la mia valutazione peritale del 29.12.2017 e le sue conclusioni.” (doc. VI/2) Ora, su tale certificato si è espresso pure il SMR il 26 ottobre 2018, avallando senza riserve le conclusioni peritali (doc. VI/3). A tale conclusione occorre aderire, ove si osservi che la psichiatra curante, pur descrivendo una situazione psichica sostanzialmente analoga a quella descritta nella perizia del _____, non allega chiaramente i motivi per cui la conclusione di inabilità lavorativa del 50% sarebbe condivisibile. Del resto la dr.ssa _____ elenca approfonditamente e con motivazioni pertinenti - cui va rinviato - i motivi per cui le diagnosi da lei poste vadano confermate e le ragioni che non le permettono di rilevare la presenza di un disturbo di personalità misto come quello sostenuto invece dalla curante. Secondo la perita inoltre il quadro descritto attualmente non si discosta da quello precedentemente rilevato e descritto, non rilevandosi inoltre elementi clinici che documentino un peggioramento delle condizioni psichiche dell'assicurato dopo la morte del padre. Secondo la perita in ogni modo la problematica psichica di cui il ricorrente è portatore, valutata in fase di remissione nella perizia psichiatrica, non ha ripercussioni sul funzionamento globale dell'assicurato, e questo sulla base della descrizione delle attività svolte fornita dall'assicurato. Quanto d'altra parte, al disaccordo in merito alla gravità dell'episodio depressivo, che la curante vorrebbe qualificare di media gravità, mentre che la perita lo ritiene in remissione, la perita ha ben illustrato come in base ai criteri ICD la conclusione della curante non sia condivisibile, sottolineando come nella valutazione della gravità di un episodio depressivo non si debba considerare esclusivamente la presenza/assenza dei sintomi, ma piuttosto il grado in cui essi interferiscono con il funzionamento dell'individuo rispetto al funzionamento precedente. Nel caso concreto, l'assicurato non presentava un funzionamento diverso rispetto a quello presente antecedentemente allo sviluppo del disturbo psichiatrico e riportato dal perito della perizia _____ del 10 settembre 2014, ciò che comproverebbe che il disturbo depressivo non ha avuto né ha ripercussioni sul funzionamento. A tali ben motivate e approfondite valutazioni si deve aderire. Del resto anche le altre censure formulate dal ricorrente non sono idonee a mettere in dubbio la succitata valutazione peritale. Per quanto riguarda segnatamente la parziale discrepanza tra le diagnosi poste dalla curante e quelle della perita, laddove la prima ritiene ancora dato un episodio depressivo di grado attualmente medio F33.1 oltre a un disturbo di personalità di tipo misto F61.0, mentre la seconda un episodio depressivo grave in remissione F33.2 oltre alla presenza di “ Tratti di personalità narcisistici ”, la perita ha già, come detto, motivato le differenze nella sua perizia e nelle prese di posizione successive. Tali argomentazioni, fatte proprie dal SMR, risultano convincenti. Del resto in merito l'assicurato non ha formulato altre allegazioni che permettano in qualche modo di modificarne il contenuto. Sia peraltro osservato a titolo abbondanziale che le differenze nelle diagnosi non appaiono sostanziali, ove si rilevi che a giustificare l'eventuale inabilità sono un insieme di sintomi elencati dalla perizia, non tanto le diagnosi alle quali essi vengono ricondotti. La differente classificazione delle diagnosi è quindi da ricondurre ad un diverso apprezzamento del quadro sintomatologico. Per quanto riguarda il fatto che a detta della curante la perizia avrebbe sottostimato il rapporto esistente tra l'assicurato e il defunto padre, nella sua valutazione del 25 ottobre 2018 - cui si rinvia - la perita ha ben illustrato che non poteva essere sottaciuto che già antecedentemente alla morte del genitore (il 30 maggio 2017), a detta della curante vi era stato un esordio di un episodio depressivo grave oltre che di una sindrome ansiosa generalizzata e una sindrome da attacchi

di panico. In seguito, come riferito dalla curante il 1. maggio 2018, l'episodio depressivo era invece "solo" di grado medico. Inoltre, emergeva dagli atti che dalla morte del padre non vi era stata nessuna variazione terapeutica. Infine, gli effetti sul comportamento dell'assicurato della morte del genitore (come ad esempio il ritiro dal mondo esterno senza contatti con gli altri), erano già stati menzionati nella perizia _____ del 10 settembre 2014, antecedente alla perizia del _____. A dette considerazioni può essere rinviato. Nel ricorso l'assicurato riferisce anche della nuova prassi del TF in merito all'accertamento del diritto alla rendita in presenza di depressioni ricorrenti, introdotta con le DTF 143 V 409 e 143 V 418 del 30 novembre 2017 (cfr. in esteso al consid. 2.4), sostenendo che la perizia del _____, eseguita il 29 dicembre 2017, non sarebbe stata allestita conformemente ai criteri stabiliti dalla nuova giurisprudenza. In proposito va ricordato che con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (cfr. consid. 2.4). Nel caso in esame, occorre evidenziare che nel relativo rapporto peritale di 13 pagine la specialista in psichiatria del _____ ha tenuto conto delle risorse dell'assicurato, del quadro psicologico, senza riscontrare alcuna ripercussione funzionale. La perita non ha peraltro riscontrato alcuna "resistenza alla terapia", elemento che, conformemente alla precedente giurisprudenza, caratterizzava l'aspetto invalidante del disturbo depressivo. Inoltre, come visto, contrariamente a quanto sembra sostenere il ricorrente, la perita del _____ non ha applicato la presunzione secondo cui i disturbi psichiatrici possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile e non si è limitata a rilevare che le problematiche psichiatriche di cui soffre l'assicurato non sono resistenti alla terapia, ma ha verificato l'incapacità lavorativa del ricorrente sulla base di una valutazione puntuale ed oggettiva. In queste circostanze, la perizia della dr.ssa _____ può essere utilizzata nella presente procedura. Non è così necessario dare seguito alla richiesta dell'assicurato di ordinare una nuova valutazione psichiatrica (sulla valutazione anticipata delle prove fra le tante cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti), ritenuto che la perizia adempie tutti i dettami giurisprudenziali di valore probatorio (cfr. consid. 2.4). Il ricorrente censura inoltre il fatto di essere stato valutato dalla perita sulla base di due soli colloqui, effettuati uno a 20 giorni di distanza dall'altra, e quindi a breve distanza temporale. Per quanto riferito a tale allegazione, va fatto osservare che la dr.ssa _____ ha peritato l'assicurato per complessive tre ore, lasso di tempo ritenuto da lei verosimilmente sufficiente per conoscere una persona e di farsi un'idea anche di una complessa situazione psichica. Inoltre va fatto presente che la specialista ha avuto a disposizione l'intera documentazione medica contenuta nell'inserito (cfr. punto A della perizia), inclusi i rapporti della psichiatra curante, e ha pure avuto un contatto diretto, nella forma del colloquio telefonico, con quest'ultima. In merito alla durata della perizia, va inoltre ricordato che, secondo giurisprudenza, il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti; cfr. anche STCA 32.2018.11 del 14 giugno 2018), ciò che è il caso, come detto, con la perizia _____. La critica del ricorrente relativa alla durata della visita medica,

non modifica quindi la valutazione specialistica. Il ricorrente fa dal canto suo in sostanza riferimento alla giurisprudenza per la quale, nel caso in cui la patologia psichiatrica è caratterizzata da fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, non è sufficientemente probante la valutazione psichiatrica peritale eseguita da uno specialista in psichiatria, fondata su un unico colloquio anziché estendersi su di un periodo di tempo più lungo, con colloqui approfonditi ed accompagnata dall'esecuzione di test indicativi e da un'attenta analisi delle dichiarazioni del paziente (cfr. STCA 32.2012.92 del 1. ottobre 2012, 32.2011.200 del 19 gennaio 2012, 32.2010.308 del 19 maggio 2011 e 32.2010.137 del 21 marzo 2011). Ora, da tale giurisprudenza il ricorrente non può dedurre valide motivazioni che possano nel caso concreto inficiare in qualche modo la validità delle conclusioni peritali. In effetti, nel caso che ci occupa se è vero che è stata posta quale diagnosi psichiatrica, fra le altre, quella di “ Episodio depressivo grave in remissione (F 33.2)” , nel caso dell'assicurato non è stata comprovata l'esistenza di uno stato psichico fluttuante, con periodi di remissione dello stesso e periodi di periodicità caratterizzati cioè da “ fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione” come era stato il caso nella sentenza del TF C-2693/2007 del 5 dicembre 2008 (cfr. anche STCA 32.14.70 del 30 marzo 2015 e 32.12.185 del 14 febbraio 2013; cfr. anche 32.2014.134 del 21 luglio 2015). Nel caso menzionato la Corte federale aveva in effetti ritenuto non sufficientemente probante la valutazione psichiatrica peritale fondata su un unico colloquio eseguita da uno specialista che non aveva riscontrato nulla di patologico ed invalidante, ritenuto in sostanza che non era possibile escludere che nella fase di esame l'assicurato si trovasse in una fase di remissione. Nel caso che ci occupa la situazione appare diversa e l'assicurato non può, sulla base dell'illustrata giurisprudenza, dedurre la necessità di effettuare valutazioni psichiatriche ulteriori. In effetti, contrariamente ai casi citati, a conferma del fatto che la perita non ha valutato l'assicurato durante una sporadica fase remissiva del male, va detto che i sintomi psichiatrici evidenziati nella sua valutazione erano sostanzialmente i medesimi di quelli menzionati dalla curante. La perita ha in effetti con pertinenza rilevato che rispetto alla descrizione del quadro clinico riportato dalla curante nella certificazione del 14 settembre 2018, gli elementi evidenziati, segnatamente i sintomi soggettivi, erano sostanzialmente gli stessi indicati nella perizia del 29 dicembre 2017, dedotti anche dal colloquio con la curante e apparivano quindi analoghi a quelli descritti dalla stessa. Si menzionavano in particolare sentimenti di colpa verso la morte del genitore, distacco dalla famiglia di origine già-presente da tempo, disinteressamento del pensiero altrui, del vivere. Ha quindi concluso, con motivazioni pertinenti, che non era in sostanza ravvisabile un quadro modificato rispetto a quello precedentemente osservato (doc. VI/2). Nessun elemento, che nemmeno l'interessato o la sua curante menzionano, permette dunque di ipotizzare che nel momento in cui l'assicurato è stato peritato egli si trovasse in una fase di momentanea quiescenza della problematica psichica tale da far dubitare dell'affidabilità della valutazione della perita. Questo Tribunale deve quindi confermare il ben fondato della valutazione peritale e ritiene che è a giusta ragione che l'Ufficio AI poteva basare la sua decisione al termine di una valutazione peritale completa, anche se fondata su due soli colloqui. Quanto d'altra parte alla differente quantificazione dell'inabilità lavorativa che deriva dalle affezioni psichiatriche di cui l'assicurato è portatore, la perita, nella sua perizia del 29 dicembre 2017, ha ben motivato la sua conclusione. Rilevando come l'insorgenza di uno stato ansioso depressivo che ha necessitato la presa a carico psichiatrica da parte della dr.ssa _____ anche con farmacoterapia avesse influito sulla capacità lavorativa dell'assicurato, compromettendola dal febbraio 2017, ha pure rilevato come l'introduzione

di un corretto regime psicofarmacologico avesse permesso un contenimento del quadro psicopatologico con la remissione dell'episodio depressivo maggiore. Considerato il miglioramento al momento della valutazione peritale, rilevato come la valutazione delle limitazioni funzionali con il mini ICF non portasse ad identificare aree di disfunzionamento marcato, con pertinenza ha concluso per una capacità lavorativa piena a partire dal primo colloquio peritale, in qualsiasi attività medico teorica e anche come casalingo. Preferibili erano attività lavorative che potesse svolgere in maniera autonoma e non in gruppo, evitando lavori che lo porterebbero ad un contatto diretto con sostanze alcoliche (doc. AI 75). Tali motivazioni, approfondite e chiare, appaiono convincenti e questo Tribunale ritiene di doverle condividere, anche considerando come il ricorrente, rispettivamente la sua psichiatra curante, non abbiano fatto valere argomentazioni che possano in qualche modo smentirle. In realtà la differente conclusione in punto alla misura dell'inabilità lavorativa tratta dalla curante configura essenzialmente un diverso apprezzamento. Richiamato il principio giurisprudenziale per cui in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati; cfr. sopra al consid. 2.6), le differenti conclusioni della dr.ssa _____ non consentono, alla luce delle coerenti e convincenti argomentazioni della dr.ssa _____, di scostarsi dalle conclusioni di quest'ultima. Sia peraltro osservato che la perizia del _____ non ha omesso di approfondire la severità e la persistenza dei disturbi psichiatrici, non tralasciando di precisare anche i motivi per i quali occorreva tuttavia scostarsi dalla valutazione della curante. Allo scopo di dissipare ogni dubbio, del resto, la dr.ssa _____ aveva pure contattato la dr.ssa _____ in sede di elaborazione della perizia (doc. AI 75 punto 6). In sostanza quindi le certificazioni della curante non permettono di distanziarsi dalle conclusioni peritali, non apportando nuovi elementi oggettivi ignorati dalla perita psichiatra e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione della medesima situazione del ricorrente. Né del resto il ricorrente ha preteso, e men che meno comprovato, l'esistenza di problematiche somatiche idonee ad influire sulla capacità lavorativa in maniera superiore a quanto accertato dall'amministrazione in occasione della resa della decisione del 28 ottobre 2014. Occorre quindi concludere che l'assicurato non ha prodotto documentazione rilevante o fornito elementi che consentano in qualche modo a questo Tribunale di considerare inattendibili le conclusioni del _____ e del SMR e, quindi, dell'Ufficio AI, dalle cui conclusioni in merito alla capacità lavorativa della decisione contestata non è quindi possibile dipartirsi. Né del resto l'assicurato ha prodotto documentazione attestante un danno alla salute d'entità maggiore, la presenza di altre patologie invalidanti o un peggioramento successivo alla perizia del _____ e entro la data della decisione contestata (ribadito che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono

realizzati fino al momento del provvedimento contestato; cfr. DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). Va qui ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assi-curato sia stato approfonditamente vagliato dall'amministrazione, segnatamente dalla perita del _____, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata (in concreto: il 20 agosto 2018) data che, come detto, segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 e riferimenti). Del resto val la pena di nuovamente ribadire che le conclusioni del _____ sono stata avallate integralmente anche dal SMR. A proposito del medico SMR non va dimenticato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). In siffatte circostanze le censure ricorsuali riguardo alla perizia psichiatrica del _____ devono essere respinte. In conclusione, rispecchiando la valutazione del _____ e del SMR, unitamente alla documentazione agli atti, tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.6), richiamato pure l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del possibile discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti, 115 V 142 consid. 8b) che se dal 8 febbraio al 24 ottobre 2017 l'assicurato aveva presentato un peggioramento delle sue condizioni con un'inabilità completa a motivo delle affezioni psichiche, dal 25 ottobre 2017 tuttavia il suo stato di salute era nuovamente sovrapponibile a quello presente in precedenza con una capacità lavorativa completa in attività adeguate e un conseguente grado di invalidità del 15%. La refertazione medica agli atti contiene quindi elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione della contestata, senza che si renda necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento

coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 con rinvii). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). La richiesta del ricorrente di essere fatto oggetto di un nuovo accertamento peritale psichiatrico va quindi disattesa. Visto quanto sopra, non presentando l'assicurato, fatto salvo un limitato periodo dal mese di febbraio al mese di ottobre 2017 - e quindi di durata inferiore al periodo minimo di un anno giusta l'art. 28 LAI (cfr. al consid. 2.3) -, un'inabilità lavorativa da ascrivere alle problematiche psichiatriche, e non essendo fatto valere alcun peggioramento rilevante delle affezioni somatiche rispettivamente delle limitazioni che ne discendono, correttamente l'Ufficio AI ha concluso che a decorrere dal 25 ottobre 2017 il suo stato di salute era sovrapponibile a quello accertato in maniera definitiva in occasione della precedente decisione del 28 ottobre 2014, con un grado di invalidità del 15%, insufficiente per la concessione di prestazioni. La decisione contestata va quindi confermata, mentre che il gravame va respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico del ricorrente, il quale, per il tramite del suo legale, ha postulato di essere ammesso all'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. 2.10. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 pag. 48 consid. 7b, pag. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nel caso concreto, dal certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria risulta che il ricorrente è coniugato con una figlia piccola e senza attività lucrativa; risulta inoltre che l'interessato non ha sostanza e che egli è stato oggetto di procedure esecutive sfociate in nel rilascio di attestati carenza beni per somme considerevoli. Egli non ha entrate all'infuori degli assegni integrativi prima infanzia ammontanti a fr. 3'715 mensili (doc. A/6). In queste circostanze il requisito dell'indigenza è dato. L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appariva giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere considerato manifestamente 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 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). Il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali che sarebbero a suo carico (STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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