

TI_GERICHTE 32.2019.3 vom 22. November 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-11-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.3

FR: TI_GERICHTE 32.2019.3 du 22 novembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.3 del 22 novembre 2018

Regeste

Rendita negata in assenza di u grado di inv sufficiente. TCA conferma. Concesso esonero dal pagamento delle spese

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . Se con la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.4. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato 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) In particolare, secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Nella DTF 130 V 352 (confermata in DTF 136 V 281 consid. 3.2.1 e 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 p. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, p. 76 segg. e 80 segg.). L'Alta Corte, nella DTF 131 V 49, 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 (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p.

1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è stata estesa anche al caso della fibromialgia (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) e, nella DTF 137 V 64, oltre ad estenderla anche all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico, l'Alta si è così espressa: "(...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" (DTF 137 V 64, consid. 4.2, pag. 68) Va qui evidenziato che il TF, nella STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281, ha modificato la sua giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch) stabilendo in sostanza che la capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze particolari e senza risultati predefiniti. L'Alta Corte ha in particolare stabilito che la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Infine, in una sentenza del 30 novembre 2017 pubblicata in DTF 143 V 409, il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all'esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell'eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'inabilità lavorativa invalidante. Infine, val la pena ancora precisare che per la giurisprudenza affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.5. Nel settembre 2017 l'assicurato, il quale dal 2004 era stato dipendente di una ditta attiva nelle pavimentazioni stradali sino al licenziamento con effetto dal 31 dicembre 2016, ha presentato una domanda di prestazioni. L'amministrazione ha acquisito documentazione medica, segnatamente diverse certificazioni dei curanti, ossia del dr. _____, psichiatra e del dr. _____, generalista, entrambi attestanti un'inabilità completa dall'ottobre 2016. L'Ufficio AI ha quindi acquisito gli atti dall'assicuratore d'indennità giornaliera del datore di lavoro, comprendente segnatamente valutazioni del medico fiduciario dr. _____, internista, e del dr. _____, psichiatra. Nei rispettivi rapporti all'AI del 16 e 19 ottobre 2017 il dr. _____ e il dr. _____ hanno certificato un'inabilità lavorativa completa dall'ottobre 2016 per un " disturbo depressivo ricorrente attuale episodio depressivo di grado medio F33.1, diabete tipo II di recente riscontro " (doc. AI 24 e 25). È pure stato prodotto il rapporto di dimissione relativo ad un ricovero dal 15 febbraio al 22 marzo 2017 presso l'Ospedale _____ per le diagnosi di " episodio depressivo di grado medio F32.1 " (doc. 20 assicurazione malattia).

L'amministrazione, sentito il SMR, ha quindi ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato ad una perizia psichiatrica presso il _____. Nel referto peritale del 10 aprile 2018, la psichiatra del _____ dr.ssa _____, dopo aver valutato gli atti medici, effettuato due consultazioni ambulatoriali e approfondimenti testali, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di " Disturbo dell'adattamento persistente (cronico) con ansia e umore depresso misti (DMS-V: 309.28) equivalente a (ICD-10: F 43.22): reazione mista ansioso-depressiva". Dopo aver illustrato la situazione del paziente, la perita ha concluso che, a seguito dell'insorgenza, nel marzo 2017, vale a dire dopo sei mesi dalla comunicazione del licenziamento, del disturbo dell'adattamento persistente, l'assicurato era da considerare inabile in ogni attività nella misura del 20%, da intendersi come riduzione della performance. Era indicato lasciare aperta la possibilità di un aiuto al collocamento, mentre che non apparivano ragionevoli altri percorsi di reintegrazione professionale. Ha quindi descritto le risorse e i deficit dell'assicurato 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 lieve-moderata: l'assicurato potrebbe essere in difficoltà a rispettare gli orari di lavoro, in quanto attualmente vi è un parziale sovvertimento del ritmo sonno veglia. Essendo in difficoltà a dormire, tende a recuperare le ore di sonno nell'arco della giornata. Questo comporta una difficoltà anche nell'espletare le funzioni dovute agli orari consoni, per esempio preparare le colazioni dei bambini al mattino. Nel caso di uno stato d'ansia, questo potrebbe inficiare la performance lavorativa e quindi comportare un ritardo rispetto ai tempi di consegna. 2. Organizzazione dei compiti: grado di disabilità nessuna: l'assicurato appare essere in grado di riconoscere la priorità dei compiti e quindi di organizzarsi secondo lo scadenario. 3. Flessibilità: grado di disabilità lieve-moderata: l'assicurato appare in difficoltà nel gestire le cose nuove, per una questione di bassa scolarizzazione, di semplicità di pensiero. Per tale motivo viene supportato nella quotidianità da parte dell'assistente sociale, da parte anche dello psichiatra

curante. Riconoscere il valore del ricovero a _____ in quanto la presenza di figure professionali dedicate a lui, disposte all'ascolto, gli ha dato una sensazione di accudimento e di protezione che invece non esperisce nella sua routine. 4. Competenze: grado di disabilità nessuna. 5. Giudizio: grado di disabilità lieve-moderata: l'assicurato fa fatica ad accettare la sua situazione ed a proiettarsi in un futuro professionale. Non riesce a riconoscersi nell'uomo di adesso, si percepisce come malato e quindi non inseribile in un qualsivoglia contesto lavorativo. Per il futuro, non vi è un'infuturazione completamente pessimistica ma perlomeno dubbiosa nel senso di qualche miglioramento positivo. 6. Persistenza: grado di disabilità lieve-moderata: essendovi un problema di insonnia, si presume che egli abbia una ridotta energia e una difficoltà nel mantenere la concentrazione su attività di precisione. Correggendo il problema del sonno verosimilmente tale difficoltà dovrebbe cessare o comunque essere molto ridotta. 7. Assertività: grado di disabilità nessuna. 8. Contatto con gli altri: grado di disabilità nessuna. 9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità nessuna: l'assicurato riferisce di essersi ben integrato nel quartiere dove vive da tanti anni. Non lamenta difficoltà nell'interazione con terzi. Al lavoro non è riuscito a socializzare con i colleghi, in quanto erano di nazionalità diversa. Vi è verosimilmente una questione di pregiudizio culturale che però non costituisce un ostacolo all'inserimento dell'assicurato stesso all'interno di un gruppo lavorativo. 10. Relazioni intime: grado di disabilità lieve-moderata: l'assicurato tende a minimizzare, verosimilmente per vergogna, le difficoltà che sussistono con la propria moglie e con i propri figli. Descrive in modo concreto e con parole semplici i problemi relazionali presenti al domicilio, con la propria moglie, che dorme da mesi con il bambino anziché con lui. Per quanto concerne i figli, si limita a dire che sono stati inseriti alla mensa ed al doposcuola ma non sa sostanziare quali siano i problemi dei ragazzi. Questo è verosimilmente legato appunto a un limite culturale. 11. Attività spontanee: grado di disabilità nessuna. 12. Cura di sé: grado di disabilità nessuna. 13. Mobilità: grado di disabilità nessuna.” (doc. AI 37) La pratica è quindi stata sottoposta al medico SMR dr. _____, il quale, nel rapporto finale del 7 agosto 2018, dopo aver esaminato la documentazione, poste le diagnosi di “ Disturbo dell’adattamento persistente (cronico) con ansia e umore depresso misti (DMS-V: 309.28) equivalente a reazione mista ansioso-depressiva prolungata (F 43.22)” oltre a, senza ripercussione sulla capacità lavorativa, “ diabete mellito tipo II ”, ha concluso per un’inabilità lavorativa totale in ogni attività dal 15 febbraio al 22 marzo 2017 (degenza a _____) e del 20% in seguito (doc. AI 47). Alla luce di questa documentazione, con progetto di decisione dell’11 ottobre 2018 l’Ufficio AI, dopo aver interpellato il consulente professionale (doc. AI 53), ha prospettato la reiezione della domanda di prestazioni. Allo stesso l’assicurato ha reagito chiedendo l’invio degli atti ai suoi curanti e manifestando il proprio disaccordo (doc. AI 62). Con la decisione impugnata del 22 novembre 2018, l’Ufficio AI ha quindi respinto la domanda di prestazioni, motivando: “ (...) Esito degli accertamenti: La documentazione medico-specialistica acquisita all’incarto, ed in particolare la perizia eseguita dal _____, oggettiva dal 15.02.2017 la totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività, dal 23.03.2017 viene invece ritenuto abile a tempo pieno ma con una riduzione di rendimento del 20% sia nell’attività abituale svolta prima dell’insorgenza del danno alla salute, quale manovale presso la ditta _____, sia in altre attività adeguate allo stato di salute. Potrebbe pertanto svolgere attività rispecchianti le indicazioni mediche, reperibili sul mercato libero del lavoro e che non richiedono qualifiche professionali specifiche. In conformità alla sentenza del TCA datata 12 giugno 2006 ed alle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l’inapplicabilità dei valori

regionali (tabella TA13). La giurisprudenza impone che il reddito da invalido vada determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TAI). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica nel 2016 avrebbe potuto realizzare un salario mensile di Fr. 5'368.- (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Riportando questo dato su 41.7 ore esso ammonta a Fr. 5'596.- mensili oppure a Fr. 67'148.- per l'intero anno. Effettuando la riduzione del 20%, data dalla valutazione medico-teorica, e si ottiene un reddito da invalido di Fr. 53'719.-. Ritenuto che il rapporto di lavoro è stato disdetto dal datore prima dell'insorgenza del danno alla salute, per determinare il salario senza danno alla salute si fa riferimento alle stesse statistiche (attività semplici e ripetitive, uomini). Di seguito si riporta il calcolo effettuato per determinare il grado d'invalidità:

Confronto dei redditi: Reddito senza limitazioni dovute al danno alla salute	CHF 67'148.-
Reddito con limitazioni dovute al danno alla salute	CHF 53'719.-
Perdita di guadagno	CHF 13'429.-

Grado d'invalidità 20% Il grado d'invalidità inferiore al 40% non permette di corrispondere una rendita d'invalidità. Il dossier è stato sottoposto al Servizio d'integrazione professionale, che ha concluso la valutazione non ritenendo possibile offrire provvedimenti in tal senso.

AUDIZIONE In data 12.11.2018 abbiamo ottenuto osservazioni da parte sua avverso il progetto di decisione dell'11.10.2018, nelle quali lei ha manifestato il suo dissenso. Non ha tuttavia fornito prova documentale di un cambiamento dello stato di salute. Alla luce di quanto sopra, viene riconfermato in toto il contenuto del preavviso decisionale dell'11.10.2018." (doc. AI 63) Di fronte a questa Corte il ricorrente ha prodotto una certificazione del 7 dicembre 2018 del dr. _____, attestante un'inabilità lavorativa totale. L'amministrazione ha sottoposto questa certificazione allo psichiatra del SMR, il quale, nell'Annotazione 8 gennaio 2019, ha preso posizione sulle allegazioni del curante, confermando le conclusioni tratte dall'amministrazione (doc. V/1; cfr. in esteso al consid. 2.7).

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. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione agli atti, questo giudice non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale del 10 aprile 2018 del _____, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i ricordati parametri giurisprudenziali. In particolare la perita del _____, dopo attenta valutazione della documentazione agli atti, dell'anamnesi, di un accurato esame clinico, l'esecuzione di esami clinici e testali (valutazione psicodiagnostica o psicometrica, ricerca per sostanze stupefacenti e dosaggi ematici dei farmaci), e delle descrizioni soggettive, ha ritenuto che l'assicurato, portatore di un disturbo dell'adattamento persistente (cronico) con ansia e umore depresso misti (DMS-V: 309.28) (equivalente a ICD-10: F 43.22: reazione mista ansioso depressiva), era abile al lavoro in ogni attività in misura dell'80%, esprimendosi, tra l'altro, come segue: " 8. DISCUSSIONE Il signor RI 1 si presenta collaborante ad entrambi di colloqui. Si tratta di un assicurato di 56 anni, proveniente dal _____, che nel corso della sua vita si è dedicato a professioni umili. Nel settembre del 2016 egli ricevette la comunicazione di licenziamento, con un preavviso di 3 mesi. Non vi sarebbero stati segnali premonitori di problematiche sul lavoro che avrebbero potuto far presagire una simile decisione. A partire dalla suddetta comunicazione il signor RI 1 sviluppò una reazione da disadattamento caratterizzata da umore deflesso, associato a preoccupazioni inerenti il proprio futuro e quello della sua famiglia, stati d'ansia, insonnia ed ideazione rivendicativa nei confronti del proprio datore di lavoro. In precedenza riferisce di non aver mai avuto problemi di salute psichica e di non essersi mai rivolto a specialisti di quest'ambito. Il primo e unico psichiatra che avrebbe mai conosciuto è rappresentato dal Dr. _____.

Nell'attualità non sono soddisfatti i criteri per un episodio depressivo in quanto mancano la perdita di autostima, i sentimenti irragionevoli di colpa, la ridotta capacità di pensare o

concentrarsi, un'agitazione o un rallentamento psicomotorio e le modificazioni dell'appetito. (...) Conseguentemente viene a cadere l'ipotesi diagnostica formulata dal curante di sindrome depressiva ricorrente, giacché non vi è nell'attualità un episodio depressivo né vi è segno che vi sia mai stata una qualsivoglia manifestazione depressiva antecedentemente all'episodio in oggetto. La "depressione", così come la chiama l'assicurato, sarebbe insorta poco dopo la comunicazione della notizia di licenziamento, quindi in ottobre 2016. Il Dr. _____ segnalò l'assicurato al Dr. _____ che da allora conduce la presa a carico, fino all'attualità. Negli atti, il Dr. _____ in data 23.11.2016, poneva la diagnosi di episodio depressivo. Tuttavia dalla descrizione dello stato psichico non si evince un franco episodio depressivo ma piuttosto dei sintomi asseribili ad una reazione depressiva. Nella lettera di uscita dell'Ospedale di _____, datata 29.03.2017, viene postulato una diagnosi di episodio depressivo di grado medio. Nella lettera di dimissione, l'esame psichico viene descritto a uno stato psichico dove si parla di un tono dell'umore "nettamente deflesso", ma soprattutto di una forte tensione endopsichica, che viene messa in relazione alla situazione socio economica difficile. (...). Dato che il ricovero è durato poco più di un mese, il beneficio osservato non è imputabile alla mera farmacoterapia ma piuttosto alla presa in carico globale ed all'effetto rassicurante che l'assicurato percepisce allorché si trova assistito e protetto da una grande istituzione. Nella lettera di degenza tuttavia non viene descritto un'ideazione melanconica tipica degli stati depressivi; emerge il quadro di un uomo molto preoccupato, se vogliamo anche disperato per la situazione economica e familiare, viene sottolineato il peso di dover occuparsi della famiglia, in quanto la moglie, essendo affetta da patologia psichica maggiore, è bisognosa ella stessa di cure. La perita pertanto ritiene che la diagnosi posta sia contestabile, i sintomi descritti nella lettera di degenza potrebbero essere inquadrati all'interno di una reazione ansioso depressiva. Una volta rientrato al domicilio, confrontato con la realtà familiare e l'assenza di prospettive lavorative, la sintomatologia ansiosa si è riacutizzata. L'assicurato riferisce che a casa "tutto tornato come prima". Dagli esami di laboratorio emerge una chiara non compliance alla terapia farmacologica. Sebbene l'assicurato riferisca di assumere tutte le medicine, e che senza di esse non potrebbe stare, i dosaggi di Vortioxetina risultano molto al di sotto del range terapeutico, mentre Quetiapina e Lorazepam sono assenti. Confrontato con questi risultati, l'assicurato non riesce a spiegarsi come mai il dato di laboratorio non evidenzia il fatto che egli segua le terapie prescritte, imputa agli altri farmaci assunti una potenziale interferenza con conseguenti esami di laboratorio alterati. Di fatto i farmaci assunti risultano sottodosati e quindi il quadro che la perita ha valutato durante le visite è da considerarsi come un disturbo non adeguatamente trattato. I sintomi evidenziati non sono tali da giustificare la diagnosi di episodio depressivo. È verosimile che con una farmacoterapia adeguatamente assunta l'insonnia, l'ansia e la carica vitale potrebbero migliorare. In sintesi, dal profilo diagnostico, sussistono degli elementi per porre diagnosi di disturbo dell'adattamento persistente con ansia e umore depresso, disturbo che nel sistema classificativo dell'ICD-10 corrisponderebbe al codice F43.22. Venendo a cadere il criterio temporale, ovvero la durata non oltre i 6 mesi, questa diagnosi risulterebbe inadeguata e pertanto la perita propone di utilizzare il sistema nosografico del DSM-V, nel codice 309.28, dove il disturbo dell'adattamento persistente è svincolato dal limite dei 6 mesi e può essere associato alla dicitura "cronico" allorché lo stesso dura più di 6 mesi. L'assicurato riferisce di essere visto regolarmente dal Dr. _____, il quale è disponibile anche per le urgenze. Viene visitato circa 2-3 volte al mese, con una quindi presa a carico che possiamo definire a media intensità. Abbiamo un disturbo dell'adattamento che dal

profilo medico teorico potrebbe influire sulla capacità lavorativa sia nella professione abituale che in una professione confacente. Sia l'insonnia che la mancanza di voglia e l'energia vitale ridotta, potrebbero ridurre le performances lavorative. Non vi è una controindicazione dal punto di vista strettamente psichiatrico per il lavoro in una professione simile a quelle precedentemente esercitata, ovvero quella di asfaltatore. (.....) Il disturbo dell'adattamento, così come certificato dal Dr. _____, appare essere esordito in concomitanza della notizia di licenziamento, quindi nell'ottobre del 2016. Vi è una discordanza nella documentazione tra la posizione del perito fiduciario Dr. _____, il quale ha sempre diagnosticato un disturbo dell'adattamento, con la lettera di degenza dell'Ospedale di _____, ove veniva invece postulato un episodio depressivo di grado medio. Il curante Dr. _____ nel formulario per l'Al ha formulato una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente. La perita si discosta dalla posizione del curante e da quella dell'Ospedale _____ e si avvicina alla valutazione invece del Dr. _____.” (doc. AI 37) Sulla base di queste considerazioni, poste le menzionate diagnosi e la sofferta descrizione delle risorse e dei deficit, la perizia ha quindi individuato un grado di disabilità lieve-moderata negli ambiti “ Rispetto delle regole”, Flessibilità, giudizio, Persistenza, relazioni intime”, mentre che negli ambiti “ Organizzazione dei compiti, Competenze, Assertività, Contatto con gli altri, Integrazione nel gruppo, Attività spontanee, Cura di sé, Mobilità” non emergevano limitazioni. 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 l'assicurato era affetto da un disturbo dell'adattamento persistente ad insorgenza nel marzo del 2017, epoca del ricovero presso l'Ospedale di _____ e sei mesi dalla comunicazione del licenziamento. Tale disturbo determinava un'inabilità del 20% in ogni attività, da intendersi come riduzione di performance, ritenuto come una professione confacente “dovrebbe essere un lavoro in cui l'assicurato non ha potere decisionale, ma semplicemente funzioni esecutive” (doc. AI 37). A tali conclusioni, frutto di un approfondito esame e rispettose dei requisiti posti dalla giurisprudenza in materia di perizie psichiatriche, questo giudice deve senza riserve aderire. Del resto le stesse sono state pienamente condivise anche dal medico del SMR, laddove nel rapporto finale del 7 agosto 2018, confermate le diagnosi poste dal _____, ha concluso con pertinenza per la sussistenza, oltre il 22 marzo 2017, di un'inabilità lavorativa del 20%. Il medico SMR ha in particolare fatte proprie le limitazioni funzionali riscontrate dalla perita e elencate nella “ Descrizione di risorse e deficit – secondo schema MINI ICF – APP ” (cfr. per esteso al consid. 2.5) e ha quindi concluso come segue: “ (...) Si avalla la CL 0% per tutta la degenza presso l'ospedale _____. Tutte le IL precedenti al ricovero, non sono riconosciute, come da perizia _____ del 10.04.2018, dove la perita psichiatra Dr.ssa med. _____ attesta: - In sintesi non sono soddisfatti i criteri per un episodio depressivo di qualsivoglia gravità Conseguentemente viene a cadere l'ipotesi diagnostica formulata dal curante di sindrome depressiva ricorrente, giacché non vi è nell'attualità un episodio depressivo, né vi è segno che vi sia mai stata una qualsivoglia manifestazione depressiva antecedentemente all'episodio in oggetto. - Il disturbo dell'adattamento, così come certificato dal Dr. _____, appare essere esordito in concomitanza della notizia di licenziamento, quindi nell'ottobre del 2016. Vi è una discordanza nella documentazione tra la posizione del perito fiduciario Dr. _____, il quale ha sempre diagnosticato un disturbo dell'adattamento, con la lettera di degenza dell'Ospedale di _____, ove veniva invece postulato un episodio depressivo di grado

medio. Il curante Dr. _____ nel formulario per l'AI ha formulato una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente. La perita si discosta dalla posizione del curante e da quella dell'Ospedale _____ e si avvicina alla valutazione invece del Dr. _____.” (doc. AI 47) A queste conclusioni questo giudice deve aderire, l'assicurato non avendo peraltro fornito elementi atti a modificarle. Del resto, con riferimento alla discrepanza tra le conclusioni del dr. _____, la perita ha approfonditamente spiegato i motivi per i quali non potesse essere condivisa l'ipotesi diagnostica formulata dal curante di “sindrome depressiva ricorrente”, giacché non vi era un episodio depressivo né vi era segno che vi fosse mai stata una qualsiasi manifestazione depressiva antecedentemente. Inoltre la perita ha in maniera convincente illustrato come non fossero soddisfatti i criteri per un episodio depressivo in quanto mancavano la perdita di autostima, i sentimenti irragionevoli di colpa, la ridotta capacità di pensare o concentrarsi, un'agitazione o un rallentamento psicomotorio e le modificazioni dell'appetito. Inoltre, nei colloqui non emergeva un umore chiaramente depresso, l'affettività era vivace e modulata, l'eloquio era stenico, semplice, ma comprensibile. Non erano inoltre ravvisabili sensi di colpa inappropriati o sentimenti di autobiasimo. Infine, se vi era una problematica d'insonnia, l'appetito era invece adeguato, così come il peso e la libido. Assente era infine anche la circadianità nel disturbo dell'umore, con il tipico peggioramento al risveglio mattutino e anche la tipica mancanza di reattività emozionale agli eventi esterni quindi l'appiattimento affettivo. La perita ha pure fatto rilevare come le sue conclusioni fossero confermate da quelle tratte dal dr. _____, psichiatra, nelle varie valutazioni effettuate per conto dell'assicuratore malattia, nelle quali egli aveva sempre diagnosticato un disturbo dell'adattamento. In effetti, già nella perizia del 6 gennaio 2017 il dr. _____, osservato come l'assicurato presentasse un tono dell'umore modicamente flessso verso il polo depressivo, ma non fossero presenti idee depressive di natura melanconica o sensi di colpa o di rimorso, aveva posto detta diagnosi, concludendo per un'abilità lavorativa completa dal febbraio 2017 (doc. 10 inc. assicurazione malattia). Queste conclusioni erano state nuovamente confermate in un rapporto del 30 gennaio 2017, nel quale il dr. _____ ha affermato che il certificato del 20 gennaio 2017 del dr. _____ non conteneva elementi clinici nuovi atti ad invalidare le sue conclusioni, osservando come il prolungamento dell'inabilità lavorativa non dipendeva nello specifico da motivi medici, né sussistevano evidenze che delle misure mediche e psicofarmacologiche sortissero degli effetti. Osservava quindi come a suo avviso “la soluzione, come sempre in questi casi, consiste nel ripristino della capacità lavorativa in tempi brevi, attraverso un aiuto da parte degli uffici di collocamento, tenendo presenti eventuali limitazioni dal profilo internistico/ortopedico.” (doc. 13 inc. assicurazione malattie). Infine, va pure segnalato che il dr. _____, in un ulteriore rapporto del 30 agosto 2017, effettuata una nuova visita medico-psichiatrica ambulatoriale ed esaminati tutti gli atti, in particolare i vari certificati del curante e il rapporto dell'Ospedale _____ di _____ (Servizio di psichiatria) del 29 marzo 2017, aveva nuovamente confermato la medesima diagnosi di disturbo dell'adattamento con reazione mista ansiosa-depressiva prolungata (F43.21). Anche in questa sede egli aveva evidenziato come fossero assenti motivazione e volontà di ripresa, ma anche idee depressive di natura melanconica, sensi di colpa o di rimorso, o segni di rallentamento psicomotorio, o deficit clinicamente rilevanti per quanto concerne le facoltà attentive o concentrative. Secondo il perito le condizioni psicofisiche erano rimaste sostanzialmente invariate, anzi, sembravano essersi cronicizzate e l'assicurato appariva sempre più convinto dell'inguaribilità del suo stato di salute, essendo totalmente assente la volontà e la motivazione per la ripresa di una

qualsiasi attività lavorativa. Ha quindi nuovamente negato la presenza di una " malattia psichica autonoma " all'origine di un'inabilità lavorativa (doc. CM 27). Nella sua perizia del 10 aprile 2018 la perita del _____ ha, come detto, sulla base di approfondite e ben motivate considerazioni, condiviso nella sostanza queste conclusioni del perito dell'assicuratore malattia, distanziandosi invece da quelle del curante. A tali conclusioni questo giudice non può che aderire. Nel gravame del resto il ricorrente non precisa in che misura le conclusioni della perizia _____ e, sostanzialmente, dei referti peritali del dr. _____, non debbano essere condivisi, limitandosi a produrre una certificazione del 7 dicembre 2018 del dr. _____ affermate, tra l'altro, quanto segue: " (...) Ritengo infatti che, alla base della situazione della valutazione negativa sul paziente, abbia giocato un ruolo fondamentale il prelievo di sangue effettuato dal paziente per il dosaggio dei farmaci che sarebbe risultato negativo. Ricordo che, quando venni informato dalla perita di questo esame e del suo risultato, comunicai alla perita stessa che avrei rifatto fare immediatamente il prelievo al medico curante, cosa che feci, dimostrando che i farmaci erano perfettamente nel range terapeutico. Senza entrare nel merito di discutere del perché gli esami effettuati per conto dell'AI siano risultati negativi, risulta evidente dal decorso del paziente, da quanto segnalato nel rapporto di _____ che la condizione attuale dell'interessato sia sempre più precaria, tanto che è evidente un enorme ritiro sociale con idee sempre più passive di morte, gravi problematiche coniugali e con i figli per cui abbiamo richiesto l'interessamento dell'autorità protezione dei minori, un completo abbandono della propria igiene personale con difficoltà ad occuparsi della normale amministrazione tanto che abbiamo dovuto chiedere all'autorità la rappresentanza una curatela amministrativa nella sua figura. E' evidente quindi, a mio modo di vedere, che la valutazione fatta dalla dottoressa sia stata viziata da un pregiudizio per quanto spiegato. Ricordo tra l'altro che il paziente presenta anche una situazione internistica seria con un diabete, scoperto presso il soggiorno alla Clinica di _____, assolutamente non ben controllato che richiede un continuo intervento da parte anche del medico curante e dello specialista Dr. _____. Ritengo quindi e riconfermo la diagnosi posta dal mio scritto e dai colleghi di _____: . sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave (ICD 10 F33.2), . problemi correlati alle circostanze economiche (ICD 10 Z59), . diabete mellito in trattamento, . ipertensione arteriosa in trattamento, . ipovitaminosi B di nuovo riscontro in attuale trattamento sostitutivo. E' evidente che non esistono più i criteri temporali per porre la diagnosi posta dalla collega che è stata chiaramente influenzata dai bassi dosaggi riscontrati nell'esame svolto in occasione della sua valutazione. Infine non capisco perché l'assicurazione non abbia disposto anche un consulto internistico endocrinologico visto che la malattia era stata segnalata in occasione del primo ricovero presso la Clinica di _____, si è invece deciso di procedere unicamente ad una valutazione psichiatrica." (doc. E) Ora, su tale certificazione si è espresso lo psichiatra del SMR nell'Annotazione 8 gennaio 2019 come segue: " Ho preso attenta visione del certificato del Dr. _____ del 7 dicembre 2018. Si tratta di una presa di posizione personale, priva di oggettività medica, concernente soprattutto il dosaggio ematico dei medicinali effettuato durante la perizia psichiatrica con esito negativo. Ho ricontrollato e gli esami effettuati all' _____ e all' _____ di _____ riportano dosaggi al di sotto del range terapeutico. Non ho elementi per dubitare della veridicità degli esami eseguiti. Non sono mai stati trasmessi all'UAI i risultati degli esami ematici effettuati subito dopo la perizia dal Dr. _____. Non è comprensibile come il dosaggio effettuato in perizia abbia provocato un peggioramento dei sintomi dell'assicurato in presenza tra l'altro, in base all'affermazione del

Dr. _____, di una presa regolare della medicazione prescritta. Per quanto concerne la diagnosi di diabete, questa è nota ed è stata correttamente valutata in sede SMR. In conclusione, in assenza di nuove informazioni mediche oggettive od oggettivabili, rimane valido il rapporto SMR finale del 7 agosto 2018.” (doc. V/1) Osservato anche 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353), questo Tribunale deve concludere che le censure sollevate dal dr. Teodori non permettono di scostarsi dalle pertinenti e motivate conclusioni cui è giunta la perita del _____. In effetti, nuovamente esaminato il caso, le allegazioni del curante non hanno potuto essere confermate dal medico SMR, psichiatra e quindi specialista nel campo interessato, il quale nel citato scritto dell’8 gennaio 2019 ha approfonditamente e in modo convincente illustrato i motivi per cui le censure ventilate, ma del resto scarsamente motivate, non potevano consentire una diversa conclusione sia per quanto riguarda le diagnosi da porre che per quanto riferito alle limitazioni sulla capacità lavorativa. Sia peraltro osservato che, contrariamente a quanto sembra allegare l’insorgente, la perizia del _____ non ha omesso di approfondire la severità e la persistenza del disturbo psichiatrico nè di precisare anche i motivi per i quali occorre scostarsi dalla valutazione del curante. D’altra parte la valutazione del curante non apporta nuovi elementi oggettivi ignorati dai periti psichiatri o dal SMR e va quindi intesa nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze delle affezioni diagnostiche sulla capacità di lavoro dell’interessato. Val qui pure la pena ancora di osservare, con riferimento a quanto esposto al consid. 2.4 e alla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (STF 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017), che la perizia del CPAS 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. L’osservazione in merito alla poca compliance alla terapia farmacologica, con analisi mostranti dosaggi al di sotto del range terapeutico, ha avuto invero carattere relativo nel presente caso, rilevato come da diagnosi l’assicurato presenti “solo” un disturbo dell’adattamento persistente con ansia e umore depresso misti, e questo fra l’altro malgrado l’assicurato sembrasse aver mostrato scarsa assiduità nelle cure proposte. Proprio in proposito la perita del _____ ha osservato che con una terapia adeguata, nel range terapeutico, si potrebbe ottenere un miglior contenimento dei problemi di sonno, di ansia e di ridotta iniziativa. Non appare quindi decisivo disquisire nella specie circa l’attendibilità delle analisi del sangue effettuate. Quanto infine alle pretese limitazioni che deriverebbero dalle affezioni somatiche, segnatamente il diabete mellito tipo II, e quindi non insulino-dipendente, va considerato che delle stesse è stato tenuto adeguatamente nella valutazione del medico SMR (cfr. rapporto SMR del 7 agosto 2018, doc. AI 47). Del resto, anche con riferimento a detta censura, l’insorgente non ha prodotto alcun atto medico che attesti un peggioramento delle sue condizioni o quantomeno una diversa valenza delle affezioni diagnostiche. Occorre quindi concludere che l’assicurato ha contestato le

conclusioni peritali senza tuttavia produrre documentazione rilevante o fornire elementi che consentano in qualche modo a questa Corte di considerare inattendibili le conclusioni del _____ e del SMR e, quindi, dell'Ufficio AI, dalle cui conclusioni in merito alla capacità lavorativa nella decisione contestata non è quindi possibile dipartirsi. Né del resto è stata prodotta documentazione attestante un danno alla salute d'entità maggiore, la presenza di altre patologie invalidanti o di un'inabilità lavorativa duratura e rilevante antecedente a febbraio 2017 o di 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'assicurato sia stato approfonditamente vagliato dall'amministrazione, segnatamente dal _____, prima dell'emanazione della decisione qui impugnata (in concreto: il 22 novembre 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 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3). Del resto val la pena di nuovamente ribadire che le conclusioni del _____ sono stata avallate integralmente anche dallo psichiatra del SMR, il quale ha pure effettuato un esame approfondito della fattispecie. A proposito del medico SMR non va del resto 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 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. 2.6), 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 ivi citati), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido

nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti, 115 V 142 consid. 8b) che successivamente al marzo 2017 l'insorgente vada ritenuto abile nell'attività lavorativa esercitata e in ogni altra adeguata nella misura dell'80%. La refertazione medica agli atti contiene quindi elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno sino all'emanazione del provvedimento contestato, 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). Ne consegue che la richiesta del ricorrente di essere sottoposto a nuove valutazioni mediche va respinta. 2.8. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto peraltro totalmente incontestato), l'Ufficio AI ha proceduto al raffronto dei redditi per determinare il grado di invalidità (cfr. consid. 2.3). Il calcolo merita di essere avallato. 2.9. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, l'Ufficio AI ha correttamente negato all'assicurato una rendita d'invalidità. La decisione contestata va quindi confermata, mentre che il ricorso va respinto. All'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- andrebbero poste a carico del ricorrente, il quale tuttavia ha postulato l'esenzione dal pagamento delle spese di causa. 2.11. L'assicurato ha chiesto l'esenzione dal pagamento di tasse e spese processuali (cfr. art. 3 cpv. 1 della 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 dati se il richiedente, non patrocinato da un avvocato, si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti); 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 vive con la moglie (non attiva professionalmente) e i due figli minorenni, senza attività lucrativa, e al beneficio di prestazioni assistenziali. Inoltre, vista anche la documentazione prodotta, di primo acchito il ricorso non pareva poter essere considerato manifestamente privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la sua concessione, l'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato va quindi concessa, riservato

l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la sua situazione economica dovesse in futuro migliorare (Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali 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.