

TI_GERICHTE 32.2019.86 vom 15. März 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-03-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.86

FR: TI_GERICHTE 32.2019.86 du 15 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.86 del 15 marzo 2019

Regeste

UAI ha concesso una rendita, escludendo erogazione della prestazione per un determinato periodo nel quale l'assicurato non aveva un grado di invalidità rilevante. Assicurato contesta. TCA accoglie parzialmente. Domanda di AG priva di oggetto visto esito della procedura e attribuzione di ripetibili

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 che 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). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1. gennaio 2007 Tribunale federale, TF), 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 (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). 2.4. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGa (fra le tante cfr. DTF 131 V 164, 131 V 120 e 125 V 143). Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il

futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, 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 (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.5. Secondo la giurisprudenza del TFA, nei casi in cui il calcolo dei redditi risulti particolarmente difficile, occorre che la graduazione dell'invalidità avvenga, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 OAI), eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Capita in particolare nel caso di indipendenti, dove un calcolo sufficientemente preciso dei redditi da porre a confronto sia escluso (Pratique VSI 1998 p. 121; pag. 255; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss. consid. 2b; RAMI 1996 p. 36 consid. 3b e 3c; DTF 104 V 137 consid. 2c; DTF 97 V 57; DTF 104 V 139; DTF 105 V 154ss consid. 2a; Duc, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, p. 456). L'invalidità è allora stabilita secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui si svolge l'attività (Pratique VSI 1999 pag. 121s; Valterio, op. cit., p. 199). Perciò l'invalidità sarà valutata considerando le ripercussioni economiche dovute alla riduzione del rendimento sulla situazione concreta dove si svolge l'attività dell'assicurato divenuto invalido (DTF 105 V 151). In tal caso si procede a paragonare le attività svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute, riferendosi al metodo specifico applicato a coloro i quali non svolgono attività lucrativa (art. 27 OAI; Pratique VSI 1998 p. 122 consid. 1a). La differenza sostanziale tuttavia con quest'ultimo metodo consiste nel fatto che il grado di invalidità non viene stabilito direttamente sulla base del raffronto tra le attività. Dapprima, infatti, sulla base di tale raffronto, si constata l'impedimento dovuto al danno, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo

straordinario; Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; DTF 105 V 151, 104 V 138). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, non deve tuttavia forzatamente, produrre una perdita di guadagno della medesima entità (Pratique VSI 1998 pag. 123 consid. 1a). Se si volesse, nel caso di persone attive, fondarsi esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b; cfr. in particolare STFA inedite del 27 agosto 2004 in re I, I 543/03 e del 12 maggio 2004 nella causa T., I 540/02). Secondo giurisprudenza infine, il metodo straordinario è spesso applicato alle persone con attività lucrativa indipendente o comunque nei casi in cui anche solo uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004 consid. 4.3 e I 224/01 del 22 ottobre 2001 consid. 2b; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 205). Nel caso di un indipendente, il TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha precisato che il solo raffronto tra l'utile realizzato prima e quello conseguito dopo l'incidente, non conduce a conclusioni affidabili per quel che riguarda la perdita di guadagno che dipende dall'invalidità. In effetti, troppi fattori influenzano gli utili di un'azienda, come ad esempio la situazione congiunturale e la situazione concorrenziale, di conseguenza le oscillazioni sono dovute anche ad aspetti estranei all'invalidità. Di conseguenza il TFA ha stabilito che i soli documenti contabili non sono dei mezzi idonei a stabilire in maniera affidabile i redditi ipotetici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; DTF 104 V 137 consid. 2c; STCA 32.2013.165 del 28 luglio 2014, consid. 2.3). 2.6. Per quanto attiene l'esame delle conseguenze del danno alla salute dal profilo economico e, quindi, la determinazione del grado di inabilità, richiamato l'art. 16 LPGA e quanto già esposto al consid. 2.3 che precede, va ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a). I dati economici risultano pertanto determinanti. Al medico compete la valutazione dello stato di salute del peritando, della misura e del tipo di attività in cui l'interessato è incapace al lavoro. Il medico stabilisce, quindi, in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue funzioni corporali e psichiche. Egli si limita in particolare alle funzioni importanti nelle attività lavorative che secondo la sua esperienza di vita entrano in linea di conto nel caso concreto (Meyer-Blaser, op. cit., p. 227, cfr. anche DTF 125 V 261 consid. 4, 115 V 143 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). D'altro canto compito dell'orientatore professionale è quello di stabilire, in base alle informazioni del medico riguardo alle mansioni ancora possibili, le attività lavorative ancora concretamente ammissibili per l'invalido (Meyer-Blaser, op. cit., p. 228, Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 201). In particolare, al fine di determinare l'incapacità al guadagno mediante il metodo ordinario di cui all'art. 16 LPGA, occorre porre in confronto il reddito che l'assicurato avrebbe conseguito senza il danno (reddito da valido) con quello risultante dalle attività esigibili nonostante il danno alla salute (reddito da invalido). Determinante per il raffronto dei redditi ipotetici è il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, tenuto conto che l'amministrazione deve considerare inoltre eventuali rilevanti modifiche dei redditi di riferimento intervenute sino all'emanazione della decisione contestata (cfr. consid. 2.2.). In ogni modo, a i fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro

e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer■Blaser, op cit. p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Va ancora la pena di rilevare che, secondo la giurisprudenza federale, per accertare il reddito conseguibile dall'assicurato senza l'invalidità (reddito da valido) è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 782/03 del 24 maggio 2006; I 475/01 del 13 giugno 2003 e U 243/99 del 23 maggio 2000; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Per quel che concerne la determinazione del reddito di un indipendente, si deve tener conto in particolare delle attitudini professionali e personali e del genere di attività della persona assicurata, come pure della situazione economica e dell'andamento della sua azienda (RCC 1961 pag. 338) prima dell'insorgere dell'invalidità. In mancanza di dati affidabili, il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (RCC 1962 pag. 125). Il reddito di tali aziende non può tuttavia essere equiparato direttamente al reddito ipotetico senza invalidità (RCC 1981 pag. 40). In tutti i casi deve essere fatta astrazione del reddito che non proviene dall'attività personale dell'assicurato, come il good-will, l'interesse derivante dal capitale investito o la parte di reddito attribuibile alla collaborazione di famigliari (RCC 1971 pag. 432; cfr. Valterio op. cit., pag. 206; Peter, Die Koordination von Invalidenrenten, Zurigo 1997 pag. 65 e il marginale 3030 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) edita dall'UFAS, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2000; cfr. al riguardo anche STCA 32.2002.154 del 29 ottobre 2003, 32.2003.15 del 27 ottobre 2003). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a

frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64; STCA 32.2013.165 del 28 luglio 2014, consid. 2.4). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che esso può portare ad un'invalidità se è di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di avvalersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (cfr. 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) 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 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). In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). 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 del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Infine, in due sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), 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). 2.8. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l’invalidità, all’amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell’indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall’assicurato (DTF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell’incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l’origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche esterne (art. 44 LPGa) eseguite nell’ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che,

nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). 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, 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.9.

Nell'ambito dell'evasione della domanda di prestazioni presentata dall'assicurato nel giugno 2011 a seguito dei postumi dell'incidente stradale subito il 4 dicembre 2010, con un politrauma e in particolare una frattura diafisaria del femore e del collo femorale sinistri, l'amministrazione ha acquisito gli atti medici e interpellato i curanti, fatto esperire una perizia a cura del dr. _____, reumatologo (cfr. in merito al consid. 2.11.2; referto 16 aprile 2013, doc. AI 30) e ha ordinato l'esecuzione di una valutazione multidisciplinare. Nella perizia eseguita il 6 giugno 2014, sulla base di referti di natura reumatologica, ortopedica, neurologica e psichiatrica, il _____, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " Sindrome mista ansioso-depressiva su disadattamento, meralgia parestetica sin su irritazione del nervo cutaneo laterale femorale ", ha concluso che l'assicurato, nella sua attività di giardiniere, era da considerare inabile nella misura totale dal dicembre 2010 al 1. novembre 2013 (sei mesi dopo l'intervento di asportazione del materiale di osteosintesi al femore sinistro) e del 30% in seguito; in un'attività adeguata invece inabile totalmente dal dicembre 2010 e quindi del 20% dal novembre 2013 (doc. AI 67). Considerati quindi i rapporti 10 giugno 2014 e 12 gennaio 2015 del SMR (che ha fatto

proprie le conclusioni del _____, doc. AI 68, 86), il rapporto d'inchiesta per l'attività professionale del 13 ottobre 2014 (doc. AI 78), con progetto di decisione del 13 marzo 2015, ammessi i gradi di inabilità lavorativa fissati dal SMR, effettuato il confronto dei redditi ottenendo un grado di invalidità del 50% nell'aprile 2013 e del 20% da novembre 2013, ha prospettato il riconoscimento di una rendita intera dal 1. dicembre 2011 al 31 luglio 2013, e una mezza rendita dal 1. agosto 2013 al 31 gennaio 2014 (doc. AI 89). Valutata la documentazione prodotta dall'assicurato, segnatamente una valutazione del 12 maggio 2015 del dr. _____, chirurgo (per il quale l'assicurato in un'attività leggera adatta era abile nella misura del 50%, ma era inabile completamente come giardiniere, doc. AI 98), richiesta anche un'ulteriore presa di posizione del _____ (doc. AI 91, 98, 102), e visto il rapporto finale SMR del 5 ottobre 2015 (con il quale i periodi di inabilità sono stati ridefiniti nel senso di inabilità totale in ogni attività dal dicembre 2010 al 1. novembre 2013 e in seguito del 30% come giardiniere e del 20% in un'attività adeguata; doc. AI 103), con decisione del 22 giugno 2016 l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1. dicembre 2011 (alla scadenza dell'anno di attesa) fino al 31 gennaio 2014 (3 mesi dopo il miglioramento ex art. 88a cpv. 1 OAI; doc. AI 114). Il ricorrente ha contestato queste conclusioni di fronte al TCA (inc. 32.2016.84) producendo una valutazione delle capacità funzionali EFL eseguita il 13/14 luglio 2016 dallo studio di fisioterapia _____ nonché una perizia del dr. _____ del 13 luglio 2016, nel quale l'internista, poste le diagnosi di "Limitazione funzionale dolorosa coxo femorale sinistra residua in stato dopo frattura diafisaria femore sinistro, frattura collo femorale laterale sinistro, Garden I, sindrome cervico vertebrale su alterazioni degenerative maggiori tra C5 e C6, Sindrome lombo vertebrale su alterazioni degenerative dal L3 a S1, osteocondrosi maggiore tra L5 a S1, Gonalgia sx su: Condropatia Il grado compartimento mediale, versamento articolare", confermando uno stato di salute invariato rispetto alla valutazione eseguita per il _____ dal dr. _____ il 28 febbraio 2014, riferendosi alla capacità lavorativa successiva all'infortunio del dicembre 2010 ha, fra l'altro, attestato che "nella sua attività di giardiniere, in considerazione delle diagnosi nuovamente accertate e del test EFL, si ritiene medicalmente giustificata e continua una incapacità lavorativa 100% in abituale attività". In un'attività leggera adeguata allo stato di salute e rispettosa dei limiti funzionali: descritti nel test EFL, secondo il perito l'assicurato era inabile al 100% dal 4 dicembre 2010, al 50% dall'aprile 2013 e al 20% dal 1. novembre 2013. Il dr. _____ ha nondimeno sottolineato la necessità di istruire la componente psichiatrica (doc. L allegato al ricorso). Alla luce di questa documentazione e della presa di posizione dell'Ufficio AI, il quale ha postulato la retrocessione degli atti, questo TCA, mediante pronuncia del 28 novembre 2016, ha accolto il ricorso dell'assicurato e rinviato gli atti all'amministrazione affinché, "effettuati i necessari accertamenti medici ed economici - giustificandosi tra l'altro un esame da parte dei periti della compatibilità dei limiti funzionali e dello stato valetudinario complessivo con l'attività di giardiniere da ultimo svolta - stabilisca in modo chiaro e attendibile l'effettiva capacità lavorativa dell'assicurato per il periodo successivo al 1. novembre 2013, tanto nella sua attività abituale quanto in un'attività adeguata, e, quindi, effettuata una corretta e completa valutazione economica, dopo aver stabilito correttamente i redditi di riferimento per la determinazione del grado d'invalidità, si determini nuovamente, mediante l'emissione di una decisione, sul diritto di RI 1 a prestazioni anche successivamente al 31 gennaio 2014" (inc. 32.2016.84). 2.10. Ritornatigli gli atti, l'Ufficio AI, interpellati i medici curanti, ha ordinato una nuova perizia pluridisciplinare. Dal referto datato 17 luglio 2018 risulta che il _____ ha fatto capo a

consultazioni specialistiche esterne di natura psichiatrica (dr.ssa _____), reumatologica (dr. _____), ortopedica (dr. _____) e neurologica (dr. _____) e sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il centro d'accertamento, ha posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: . Disturbo postraumatico da stress (ICD-10-GM F43.10)/Disturbo da stress postraumatico con espressione ritardata (DSM-V 309.81) . . Disturbo depressivo ricorrente episodio di media gravità in atto, con rischio suicidale (ICD-10-GM F33.1)/Disturbo depressivo maggiore, episodio singolo, moderato, con ansia, con rischio suicidale (DSM-V 296.32). . Modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica (ICD-10-GM F62.0). . Disturbo da dolore con fattori somatici e psichici (ICD-10-GM- 2016 F45.41)/Disturbo da sintomi somatici persistente (moderato/grave) (DSM V 300.82). . Sindrome lombospondilogenica cronica con/su: alterazioni degenerative conformi all'età senza neuro compressione. . Meralgia parestetica con/su: lesione grave del nervo femorocutaneo laterale di sin. . Pregresso politrauma, incidente della circolazione stradale, 4.12.2010 con/su: pregressa frattura diafisaria del femore sin. tipo C3.2, pregressa frattura del collo femorale sin. tipo Garden 1, pregressa riduzione osteosintesi con chiodo gamma 3 lungo, 5.12.2010, pregressa asportazione di materiale di osteosintesi del femore sin. e correzione di 2 ernie muscolari, 7.5.2013, ernia muscolare della fascia lata a sin., pregresse escoriazioni varie, falda di liquido intraddominale, raddomiolisi secondaria. . Sindrome cervicovertebrale cronica. (...)" (pag. 20 del doc. AI 163) Dopo aver elencato anche una serie di patologie senza influsso sulla capacità lavorativa, proceduto ad un'esauritiva valutazione particolare e globale, in sede di discussione peritale (punto no. 6 della perizia) i periti hanno ritenuto invalidanti le affezioni psichiatriche (in misura dell'80% in qualsiasi attività lavorativa), reumatologiche (del 30% come giardiniere e del 20% in attività leggere), neurologiche (del 10% nella sua attività e dello 0% in attività leggere adeguate) e ortopedica (inabilità completa come giardiniere e dell'80% in attività leggere). Per quanto concerneva la problematica psichiatrica i periti del _____ hanno precisato che " la riduzione della capacità lavorativa psichiatrica prolungata è iniziata a partire al più tardi da novembre 2013 con un'iniziale sindrome mista ansioso-depressiva su disadattamento come ben descritto dal Dr. med. _____ nel suo consulto del 2014. In seguito l'A. non è stato curato come dovuto (l'A. ha abbandonato la presa in carico psichiatrica) e vi è stata un'evoluzione "in un peggioramento con l'insorgenza di un disturbo depressivo maggiore, su base eziopatogenetica di un PTSD che non elaborato, ha permesso che si associasse un disturbo da Sintomi Somatici e la modificazione della personalità". Non avendo nessun rapporto psichiatrico, la nostra consulente ipotizza che l'attuale riduzione della capacità lavorativa psichiatrica sia da far partire, ipoteticamente da inizio 2015 ". . Globalmente essi hanno concluso che l'assicurato era totalmente inabile sia come giardiniere in proprio che in ogni attività lavorativa, precisando che " la diminuzione della capacità lavorativa è dovuta in primis alla patologia psichiatrica e anche alle patologie somatiche (rachide, arto inferiore sin)" (doc. AI 163 pag. 28). Hanno inoltre precisato di aver parzialmente sommato tra di loro le diminuzioni della capacità lavorativa dovuta alle varie patologie a livello psichiatrico e somatico e che le predette conclusioni sulla capacità lavorativa potevano essere ritenute valide dal gennaio 2015, considerato come " si con stata un peggioramento a livello psichiatrico nel corso del 2014, dopo la perizia _____ redatta il 6.6.2014 " (cfr. nel dettaglio ancora al consid. 2.11.2). Riprese le conclusioni della perizia _____, con rapporto finale 19 luglio 2018 il SMR ha ammesso un'inabilità completa in ogni attività a

far tempo dal gennaio 2015, rimandando per le inabilità precedenti al rapporto finale del 10 giugno 2014 (doc. 165). Di conseguenza, interpellato il consulente professionale (doc. AI 164), con progetto del 19 luglio 2018 l'Ufficio AI ha proposto la concessione di una rendita intera dal 1. dicembre 2011 al 31 gennaio 2014 e nuovamente dal 1. gennaio 2015 (doc. AI 167). In sede di osservazioni l'assicurato, tramite il suo patrocinatore, ha contestato queste conclusioni, segnatamente circa l'ammesso miglioramento transitorio della capacità lavorativa a far tempo dal mese di novembre 2013 (fino alla fine del 2014). Tali censure sono state sottoposte al _____, il quale, in uno scritto del 22 novembre 2018, ha confermato le conclusioni peritali (doc. AI 182). Di conseguenza, mediante decisione del 15 marzo 2019, l'Ufficio AI ha concluso quanto segue: " (...) Decidiamo pertanto : Dal 1. dicembre 2011, ovvero alla scadenza dell'anno d'attesa, il signor RI 1 ha diritto ad una rendita intera (grado AI del 100%). Questo diritto è limitato al 31 gennaio 2014, tre mesi dopo il constatato miglioramento (art. 88a, cpv 1, OAI). Dal 01 gennaio 2015 il signor RI 1 ha nuovamente diritto ad una rendita intera (grado AI del 100%). Esito degli accertamenti : A seguito della sentenza del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni (TCA), datata 28 novembre 2016, abbiamo provveduto alla rivalutazione della richiesta di prestazioni AI del signor RI 1. A seguito della richiesta di prestazioni AI abbiamo provveduto a sottoporre la documentazione medica raccolta durante la fase istruttoria, con particolare riferimento alla perizia del _____ del mese di aprile 2018, al nostro Servizio Medico Regionale (SMR), il quale ha ritenuto corretto giustificare i seguenti periodi di inabilità lavorativa presentati, con relative percentuali: Attività abituale: 100% dal 12.12.2010 30% dal 01.11.2013 100% dal 01.01.2015 Attività adeguata: 100% dal 12.12.2010 20% dal 01.11.2013 100% dal 01.01.2015 Le percentuali sopra indicate sono da intendere come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Abbiamo quindi provveduto a calcolare la perdita di guadagno. Dal profilo salariale, la giurisprudenza imposta dall'Alta Corte federale indica che sono esclusivamente applicabili, in difetto d'indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (STFA 12 ottobre 2006 nella causa s., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Sempre in base alla giurisprudenza federale, tali redditi possono ancora essere diminuiti nella misura massima del 25%, e ciò al fine di considerare quei fattori che nel caso di specie sono suscettibili di influenzare il reddito che l'assicurato potrebbe percepire, quali ad esempio le limitazioni addebitabili al danno alla salute, l'età, la nazionalità, il grado di occupazione (cfr. DTF 126 V 75). Salario da valido : Quale salario da valido viene preso a riferimento quello determinato nell'inchiesta indipendenti datata 09 ottobre 2014. Il signor RI 1 ha intrapreso la nuova attività nel 2006 e proprio nel 2010, anno dell'infortunio, ha ricevuto una grande commessa che lo ha portato ad ottenere un reddito elevato. Si ritiene più rappresentativo procedere con la media dei dati fiscali dal 2007 al 2010 ed aggiornarli al 2012 (ultimo aggiornamento possibile all'epoca dell'inchiesta). Si è ritenuto corretto considerare anche il guadagno del 2010, nonostante sia un reddito guadagnato durante l'anno dove è intervenuto il danno alla salute. Ne scaturiva un reddito pari a CHF 54'017.- annui, che aggiornati al 2012 corrispondevano a CHF 54'998.- annui. Possiamo ora provvedere all'aggiornamento per gli anni successivi: 2013: CHF 55'405.- 2014: CHF 55'836.- In data 04 aprile 2017 il Servizio Ispettorato ha inoltre provveduto a prendere posizione rispetto alla documentazione inoltrata in sede di ricorso. All'ufficio viene contestata, a livello economico, la definizione del reddito da valido dell'assicurato

definito in sede d'inchiesta a CHF 54'998.- lordi (2012). Per tale definizione abbiamo preso in considerazione tutti gli anni di attività di indipendente dell'assicurato e cioè dal 2007 al 2010. L'attività è iniziata nel corso del 2006 di conseguenza non viene considerato nella media perché risultato non di un anno fiscale completo. Nonostante il danno alla salute sia subentrato durante l'anno 2010, e più precisamente il 12 dicembre 2010 essendo l'anno praticamente concluso ed inoltre perché molto favorevole abbiamo considerato nella media anche tale anno. Riguardo alla contestazione che vorrebbe che tale dato venisse ulteriormente migliorato per via dei 19 giorni mancanti di lavoro per terminare l'anno riteniamo non sia fattibile in quanto non possiamo modificare risultati aziendali e fiscali. In sede d'inchiesta l'assicurato ha dichiarato che il lavoro svolto nel 2010 è frutto di un grosso mandato che sarebbe terminato a conclusione dei lavori. Ciò significa che tale entrata è stata frutto di un mandato ben preciso e non vi è evidenza alcuna che anche in futuro l'assicurato avrebbe potuto beneficiare degli stessi risultati aziendali. Riguardo i mandati per l'anno 2011 per i quali viene presentata della documentazione firmata dai clienti osserviamo quanto segue: Doc. C: viene presentato un preventivo datato 26 ottobre 2010 pari a CHF 15'680.-. Tale è un preventivo ma che non può in alcun modo provare che il lavoro sarebbe stato eseguito dall'assicurato in assenza del danno alla salute. Doc. D: dichiarazione del Sig. _____ datata 25 giugno 2012 della quale vista la forma e la datazione del documento non ha alcun fondamento legale per poter ritenere che tale lavoro sarebbe stato effettivamente eseguito. Doc. E: dichiarazione del Sig. _____ datata 20 giugno 2012 della quale vista la forma e la datazione del documento non ha alcun fondamento legale per poter ritenere che tale lavoro sarebbe stato effettivamente eseguito. Doc. F: dichiarazione del Sig. _____ datato 21 giugno 2012 della quale vista la forma e la datazione del documento non ha alcun fondamento legale per poter ritenere che tale lavoro sarebbe stato effettivamente eseguito. Doc. G: dichiarazione del Sig. _____ datato 20 giugno 2012 della quale vista la forma e la datazione del documento non ha alcun fondamento legale per poter ritenere che tale lavoro sarebbe stato effettivamente eseguito. Doc. H: dichiarazione del Sig. _____ datato 20 giugno 2012 della quale vista la forma e la datazione del documento non ha alcun fondamento legale per poter ritenere che tale lavoro sarebbe stato effettivamente eseguito. Visto quanto sopra il reddito da valido non può che essere confermato. Perdita di guadagno dicembre 2011 (scadenza anno d'attesa): Sulla base della documentazione medica acquisita in fase d'istruttoria, esaminata dal nostro Servizio Medico Regionale (SMR), si ritiene giustificato riconoscere al signor RI 1 un'inabilità lavorativa totale in qualsiasi attività lucrativa. Perdita di guadagno novembre 2013: Nel caso concreto, senza il danno alla salute nella sua abituale professione il signor RI 1 nell'anno 2013 avrebbe potuto conseguire CHF 55'405.-. Malgrado il danno alla salute e con una capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate, avrebbe invece potuto conseguire CHF 44'648.- (tabella RSS elaborata dall'Ufficio federale di statistica, settore maschile, attività semplici e ripetitive, valore mediano, riduzione del 15%). Il confronto dei redditi permette quindi di determinare una perdita di guadagno e quindi un grado AI pari al 20%. Il calcolo utilizzato è mostrato qui di seguito: Confronto dei redditi: senza invalidità CHF 55'405.00 con invalidità CHF 44'648.00 Perdita di guadagno CHF 10'757.00 = Grado d'invalidità 20% Perdita di guadagno gennaio 2015: Sulla base della documentazione medica acquisita in fase d'istruttoria, esaminata dal nostro Servizio Medico Regionale (SMR), si ritiene giustificato riconoscere al signor RI 1 un'inabilità lavorativa totale in qualsiasi attività lucrativa. Il diritto ad una rendita insorge dopo un anno d'attesa ininterrotto dall'inizio della malattia di lunga durata (Art. 28 cpv 1, lett b, LAI). Osservazioni al progetto : Abbiamo

preso atto delle osservazioni inoltrate in data 14 agosto 2018. Per quello che concerne l'aspetto medico abbiamo provveduto a sottoporre nuovamente il dossier del signor RI 1 all'attenzione dell'SMR, che con scritto del 20 agosto 2018 ha provveduto a richiedere alcune precisazioni al _____. In data 23 novembre 2018 riceviamo risposta da parte del _____. Con annotazione del 07 dicembre 2018 l'SMR comunicava che le precedenti valutazioni mediche effettuate e riportate nel progetto del 19 luglio 2018 erano confermate. Per quello che concerne l'aspetto economico non possiamo che rimandare, in risposta ai punti sollevati in fase di audizione, alla presa di posizione del 04 aprile 2017 del Servizio Ispettorato, già riportata nel summenzionato progetto. In ragione di quanto sopra il progetto del 19 luglio 2018 viene confermato. (...)” (doc. AI 185) Il ricorrente insorge in questa sede ritenendo che la sua situazione valetudinaria non sia stata adeguatamente valutata e che il reddito da valido sia stato fissato in modo errato. 2.11. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può concordare totalmente con le conclusioni dell'Ufficio AI. In effetti, se la documentazione medica agli atti consente con la necessaria chiarezza di confermare la conclusione in merito alla capacità lavorativa relativamente al periodo successivo all'infortunio del dicembre 2010 sino alla fine di ottobre 2013 e nuovamente dal gennaio 2015, essa non permette per contro di confermare quanto concluso relativamente al periodo dal 1. novembre 2013 sino alla fine del 2014. Questa Corte non condivide in particolare la conclusione per la quale a far tempo dal 1. novembre 2013 l'assicurato abbia avuto un miglioramento temporaneo delle condizioni di salute tale da comportare un aumento della capacità lavorativa dallo 0% al 70% nell'attività come giardiniere e all'80% in un'attività leggera adeguata. E meglio per le ragioni che seguono. 2.11.1 Innanzitutto questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione del _____ del 17 luglio 2018 per quanto riguarda le conclusioni circa l'inabilità lavorativa totale al momento della valutazione stessa e quantomeno con effetto dal 1. gennaio 2015. In effetti, richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici di cui al considerando 2.8., questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del _____, i quali hanno compiutamente valutato, sino al momento della resa della decisione contestata – per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) – le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce un'inabilità lavorativa totale nell'attività abituale così come in attività adeguate . I periti hanno elencato le diverse affezioni con influsso sulla capacità lavorativa, tutte da sostanzialmente ricondurre al politrauma subito in occasione dell'infortunio subito il 4 dicembre 2010, segnatamente da un lato quelle somatiche in relazione alla frattura diafisaria del femore e del collo femorale sinistri, con soprattutto la conseguente meralgia parestetica con/su lesione grave del nervo femorocutaneo laterale di sinistra, e dall'altro quelle psichiatriche (in particolare il disturbo postraumatico da stress – PTSD- , il disturbo depressivo ricorrente con rischio suicidale e ansia, e la modificazione duratura della personalità e il disturbo da sintomi somatici persistente; cfr. al consid. 2.10 in esteso, doc. AI 163 pag. 20). In effetti, per quanto riguarda innanzitutto la componente psichiatrica , l'assicurato è stato valutato dalla dr.ssa _____ , la quale ha evidenziato la presenza di un PTSD non rielaborato e ancora attivo e bloccante, in relazione

all'incidente subito nel dicembre 2010. Secondo la perita l'abilità lavorativa dell'assicurato era del 20% come giardiniere, rilevato come la riduzione era da attribuire alla presenza dei sintomi di un PTSD in comorbidità di un disturbo depressivo con rischio suicidale ed un disturbo da sintomi somatici persistente. I sintomi principali erano “ sentimento diminuito in senso generale della forza, dell'energia e della vitalità, inclusi la debolezza, la fiacchezza, il rapido esaurimento fisico e mentale, la stanchezza e il malessere fisico legato ad un dolore persistente, vissuto con modalità tipiche del disturbo somatoforme in modo eccessivo; un'importante irritabilità ed una grave insonnia. Inoltre vi sono disturbi della concentrazione, con ruminazioni mentali non ossessive; disforia, irritabilità e ritiro sociale importante”. La perita ha raccomandato la presa a carico da parte del curante dr. _____ con terapia EMDR, ritenendo che dopo 6-8 mesi di terapia vi sarebbe potuto essere una ripresa della capacità lavorativa nella misura del 50%. Per quanto riguarda invece la componente ortopedica, l'assicurato è stato attentamente valutato dal dr. _____, il quale, riportato con attenzione lo status ortopedico, rilevando che se dal punto di vista osseo vi era una consolidazione e nessun segno di patologia a livello dell'articolazione, erano tuttavia presenti degli importanti dolori nevralgici da ricondurre ad una lesione nervosa cronica riportata nel trauma del 2010. A suo avviso l'assicurato era da ritenere inabile in misura completa come giardiniere ed abile al lavoro nella misura del 20% in un'attività senza sforzo fisico da svolgere in posizione seduta, e questo in ragione dei forti dolori cronici. Considerate queste conclusioni, frutto di un'attenta valutazione del caso e considerate altresì le perizie allestite dal perito reumatologo dr. _____ (per il quale l'assicurato era abile come giardiniere nella misura del 70% e in un'attività adatta dell'80%) e dal neurologo dr. _____ (per il quale dal punto di vista neurologico vi era una diminuzione della capacità lavorativa del 10% come giardiniere mentre che in lavori leggeri, che non richiedano il mantenimento a lungo di posture fisse, non vi era nessuna incapacità), il _____ ha a ragione concluso che, tenendo conto di tutte le patologie e delle relative conseguenti inabilità da sommare parzialmente, al momento della perizia l'assicurato era da considerare completamente inabile in ogni attività lavorativa. A dette conclusioni, frutto di un'accurata valutazione della situazione e che del resto sono condivise sia dall'amministrazione che dall'assicurato e sono pertanto incontestate, questo Tribunale deve aderire. 2.11.2. Controversa è per contro la conclusione circa l'evoluzione dell'inabilità lavorativa nel tempo. Il _____, al quesito di sapere “da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida?”, ha risposto come segue: " Da gennaio 2015 e continua. Si constata un peggioramento a livello psichiatrico nel corso del 2014, dopo la perizia _____ redatta il 6.6.2014. Abbiamo parzialmente sommato fra di loro le diminuzioni della capacità lavorativa dovute alle varie patologie a livello psichiatrico e somatico.” (quesito 8.1.3) Inoltre al quesito peritale di “ Valutare l'evoluzione dello stato di salute dell'A. dal 2014 ad oggi, rispettivamente la capacità lavorativa per l'abituale attività e per attività adeguate, da quando possono essere considerate tali, con menzione delle limitazioni funzionali residue ” (quesito 11.1) il _____ ha risposto: " Vi è stato un peggioramento nel corso del 2014 dopo la perizia _____ redatta il 6.6.2014. Valutiamo dunque la capacità lavorativa dello 0% come giardiniere in proprio ed in attività adatta a partire dal gennaio 2015. La presenza di sintomi di un disturbo da stress posttraumatico in comorbidità di un disturbo depressivo con rischio suicida ed un disturbo da sintomi somatici persistente limitano la capacità lavorativa dell'A. Inoltre l'A. è limitato dalla sintomatologia all'arto inferiore di sin.” (quesito 11.1) E, ancora, sull'evoluzione dei disturbi lamentati a seguito dell'incidente

del dicembre 2010 si è espresso come segue: " Per i disturbi a livello psichico la nostra consulente si esprime nel seguente modo. L'evoluzione dei disturbi che hanno portato ad una riduzione della capacità lavorativa psichiatrica prolungata è iniziata a partire al più tardi da novembre 2013 con una iniziale sindrome mista ansiosa-depressiva su disadattamento, come ben descrive il Dr. med. _____ nel suo consulto del giugno 2014, per poi non curato come dovuto (l'A. ha abbandonato la presa in carico psichiatrica) evolvere in un peggioramento con l'insorgenza di un disturbo depressivo maggiore, su base eziopatogenetica di un PTSD che non rielaborato ha permesso che si associasse un disturbo da Sintomi Somatici e la modificazione della personalità. Non avendo agli atti nessun rapporto di tipo psichiatrico, si può ipotizzare l'ulteriore aggravamento psichico, dall'anamnesi in cui vi è l'uscita di casa della figlia e la condizione di separati in casa della coppia, per cambiamento dei comportamenti e di personalità dell'A. da circa 3-4 anni. Quindi la nostra consulente ipotizza che l'attuale riduzione della capacità lavorativa psichiatrica sia da far partire, ipoteticamente dall'inizio 2015. Dal punto di vista somatico vi è stata una guarigione della frattura femorale di sin. Vi è la persistenza della meralgia parestetica del nervo cutaneo femorolaterale sin. Vi è la persistenza della meralgia parestetica del nervo cutaneo femorolaterale sin." (doc. AI 163 pag. 31 e 32, (quesito 11.2.2.; le sottolineature sono della redattrice) In sostanza il _____, partendo dalle conclusioni della sua precedente perizia del 6 giugno 2014 - per la quale l'assicurato era da considerare inabile totalmente in ogni attività lavorativa dal dicembre 2010, con una ripresa della capacità lavorativa del 70% come giardiniere e dell'80% in attività leggere adeguate dal 1. novembre 2013 – ritiene che in seguito, e meglio " nel corso del 2014 ", sia intervenuto un peggioramento che ha portato infine nuovamente alla perdita completa della capacità lavorativa da gennaio 2015. Ora, tutto ben considerato, e per i motivi che seguono, queste conclusioni, basate espressamente su delle mere "ipotesi", non possono essere condivise. Per quanto in effetti riguarda innanzitutto la valutazione ortopedica, il dr. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, viceprimario dell'Ospedale _____, nella sua valutazione del 30 maggio 2018 per il _____, eseguita dopo valutazione clinica dell'assicurato, l'esecuzione di esami approfonditi e la valutazione degli atti all'inserimento, ha concluso ammettendo un'inabilità lavorativa completa. Nel suo referto ha, tra l'altro, rievocato attentamente l'evoluzione dei problemi dell'assicurato a seguito dell'incidente, sottolineando come in sostanza i dolori a livello dell'anca e dell'arto sinistro siano rimasti sempre costanti malgrado gli interventi subiti (inclusa la rimozione del chiodo nel femore nel maggio 2013) e i programmi riabilitativi, continuando egli sempre a zoppicare e presentando un segno di Trandelenbourg positivo, con dolori all'inguine latero-dorsale sia durante la deambulazione che da fermo o seduto. Ha esposto come segue quanto constatato: " (...) Secondo il mio parere, la frattura a livello della diafisi femorale e del collo del femore non sono da menzionare nuovamente poiché chiare. Queste sono state a mio parere l'inizio di una catena di altre patologie che hanno influenzato la capacità lavorativa del paziente. Non viene mai menzionato che il paziente è stato incarcerato per più di due ore nella sua automobile in una posizione che creava una tensione massimale sul nervo sciatico. Come descritto nella letteratura e poi anche diagnosticato dal collega Dr. med. _____ in data 24.02.2014, la meralgia parestetica del nervo sciatico può esistere anche senza che una diagnosi via ENMG risulti positiva. Secondo il mio parere la posizione che ha avuto il paziente durante il trauma, congiuntamente alle fratture subite, hanno provocato una lesione nervosa cronica che persiste nella clinica fino ad oggi. Ciò spiegherebbe la sua incapacità lavorativa costante.

Per quanto concerne le altre tre diagnosi menzionate all'inizio di questo documento, queste non sono più una limitazione per il paziente per ciò che concerne l'abilità professionale. La persistenza dei dolori che secondo me proviene dalla meralgia, è una ragione per la quale il paziente non riesce a ritrovare un suo ritmo professionale. Per giustificare la diagnosi di meralgia è stata spiegata sopra la mia opinione relativa allo strappo ed al periodo di più di 24 ore in totale tra l'incidente con trauma, il salvataggio del paziente e l'operazione può aver causato delle lesioni croniche.

2. Valutazione della capacità lavorativa in percentuale Il paziente svolgeva la professione di giardiniere nella sua ditta indipendente. Lui aveva un lavoro fisico dove doveva fare diversi movimenti, come flessione e estensione e sforzo sugli arti inferiori. Secondo il mio parere il paziente non è più in grado di effettuare questo lavoro specifico.

3. Da quando esiste una riduzione della capacità lavorativa prolungata Secondo il mio parere la riduzione della capacità lavorativa del paziente, dal momento dell'incidente fino ad oggi al 100 % è comprensibile e spiegabile con la meralgia. Non penso che un'evoluzione positiva è ancora possibile poiché siamo a più di otto anni dall'infortunio e su questi dolori cronici si sono aggiunte delle componenti psicosomatiche che rendono difficile trovare un livello con meno o senza dolore. Mi permetto esporre questo parere dopo aver studiato gli atti con i pareri dei colleghi chirurghi come anche il parere di Dr. med. _____ psichiatra FMH a _____, la valutazione di Dr. med. _____ reumatologo FMH a _____, l'avviso del dr. med. _____ neurologo FMH a _____ e di Dr. med. _____ psicoterapeuta FMH a _____." Richiesto quindi sulla prognosi, il perito ha affermato che a suo avviso il paziente non avrebbe più potuto svolgere una professione che richieda sforzo fisico nel mondo del lavoro e che lo stato di salute sarebbe rimasto permanente. In merito alla giustificazione della diminuzione della capacità lavorativa nell'attività finora svolta, egli ha affermato: "(...) Con i dolori cronici che lui presenta a livello dell'arto inferiore sinistro non è più capace di muovere/mettere dello sforzo su questa gamba. La giustificazione, come anche già sopra descritto, non va ricercata nella parte ossea dove abbiamo una consolidazione e nessun segno di patologia più approfondita a livello dell'articolazione, o infezione. I dolori che il paziente presenta sono nevralgici. Questa è quindi la sua limitazione. Come anche descritto prima si tratta anche di un problema psicosomatico che però non rientra nelle mie competenze." Il perito ha quindi confermato la sua conclusione di completa inabilità lavorativa dal momento dell'incidente, escludendo una possibilità di miglioramento e di reintegrazione. In sostanza lo specialista in ortopedia, dopo aver descritto la situazione del paziente e la sua evoluzione nel tempo successivamente all'infortunio del dicembre 2010, ha posto l'accento sui forti dolori nevralgici di cui soffre l'interessato, causati a suo parere da una lesione nervosa cronica, causata dalla posizione avuta durante il trauma e le fratture e al periodo superiore alle 24 ore tra l'avvenuto trauma e l'operazione cui l'assicurato è stato sottoposto. A suo avviso la riduzione totale della capacità lavorativa sarebbe da ricondurre alla meralgia parestetica del nervo sciatico posttraumatica e sarebbe quindi da considerare inalterata dal giorno stesso dell'incidente. Agli atti risulta inoltre un ulteriore scritto del 13 giugno 2018 del medesimo perito ortopedico nel quale, richiesto dal _____ in merito alle sue conclusioni, ha confermato con forza la sua valutazione dichiarando "sulle conclusioni della perizia in oggetto rimango fermo poiché non penso che l'assicurato possa tornare a lavorare più del 20%. (...) Come già descritto nella mia perizia anche se le fratture ortopediche non danno più una limitazione nella mobilizzazione, il paziente non è in grado di tornare al lavoro in quanto ha tutt'ora forti dolori cronici. La mia conclusione si spiega con l'origine (causa) dei dolori del paziente provocati dalle fratture

subite con il trauma. Che queste ragioni vadano oggi ricercate più approfonditamente in campo psichiatrico o in quello neurologico, non cambia la situazione. Poiché questa è già la terza perizia da voi richiesta, mi sono permesso di comunicarvi il mio punto di vista e di dargli una percentuale di inabilità lavorativa più alta in modo pragmatico". (doc. AI pag. 858). Ora, tali conclusioni, tratte su un approfondito esame della situazione e un accurato approfondimento degli atti all'inserto, comprese le valutazioni degli altri specialisti, appaiono ben motivate e convincenti e questo Tribunale deve condividerle. Del resto occorre osservare che simili conclusioni erano state sostanzialmente espresse anche dal dr. _____, chirurgo perito certificato SIM, già in precedenza chiamato a peritare l'assicurato per conto dell'assicuratore infortuni nel maggio 2012 (doc. AI pag. 733), che nella sua valutazione del 12 maggio 2015 aveva pure espresso critiche alla precedente valutazione ortopedica allestita l'11 aprile 2014 nell'ambito della perizia _____ del 6 giugno 2014 dal dr. _____ (per il quale per la diagnosi posta, " esiti di frattura diafisaria del femore sx. C3.2 più frattura del collo femorale laterale sx", non vi era più alcuna inabilità lavorativa in alcuna attività lavorativa, doc. AI pag. 408). Nella sua perizia (di ben 17 pagine) il dr. _____, dopo aver esaurientemente valutato la situazione, ha concluso che l'assicurato era inabile in misura completa nella sua attività di giardiniere e ciò dal momento dell'incidente, mentre che dopo l'asportazione del materiale di osteosintesi il 7 maggio 2013 (e dopo il periodo di recupero) poteva essere considerato abile nella misura del 50% in un'attività leggera e confacente da svolgersi prevalentemente da seduti, questo tuttavia " senza sommare le invalidità parziali dell'anca sinistra, dell'affezione neurologica e dell'affezione psichiatrica " (doc. AI pag. 556). Poste le diagnosi di " disturbi funzionali all'anca sx, con iniziali segni di coxartrosi dopo frattura diafisaria del femore sin. e frattura del collo femorale laterale sin tipo Garden 1, stato dopo artroscopia del ginocchio sin nel marzo 2011, dopo asportazione del materiale di osteosintesi al femore sin e correzione di due ernie muscolari omolaterali alla coscia lat sin il 7 maggio 2013 oltre a disturbi funzionali all'anca sin con iniziale coxartrosi sin, meralgia parestetica sinistra e sindrome mista ansioso-depressiva su disadattamento ", alle domande peritali aveva risposto come segue: " Il paziente soffre come conseguenza dell'incidente del 4.12.2010 di disturbi funzionali dell'anca sin. su base di un'iniziale coxartrosi con importanti limitazioni attive e passive della mobilità dell'anca sin. con segni di risparmio alla gamba sin. come espressione di scarico della gamba sin. nella deambulazione. Secondo il neurologo Dottor _____ e con l'accordo del sottoscritto soffre di una meralgia parestetica sin. Secondo lo psichiatra Dottor _____ soffre di una sindrome mista ansioso-depressiva su disadattamento. Il paziente secondo il reumatologo Dottor _____ soffre da anni per disturbi alla colonna vertebrale con alterazioni osteocondriche C5-C6 e in minor misura C6-C7 e C5-C6 con minima spondilosi anteriore e posteriore, non in relazione con l'infortunio subito. Da anni soffre di disturbi della colonna lombare con alterazioni osteocondrotiche a livello L4-L5 soprattutto L5-S1 con condrosi L3-L4 e spondilosi anteriore L3-L4, L4-L5 e L5-S1. Anche questa affezione non è in relazione con l'infortunio subito. Per quel che concerne i disturbi all'anca questi non hanno un miglioramento da quando è stato operato la prima volta, anche l'asportazione del materiale da osteosintesi non ha migliorato la situazione. C'è sempre una limitazione funzionale importante e segni di risparmio della gamba sin.. Anche la meralgia parestetica è probabilmente conseguenza dell'infortunio subito." Richiesto sull'evoluzione dello stato clinico e dei disturbi aveva risposto: " Il paziente non è migliorato per quel che concerne la sintomatologia all'anca sin. malgrado l'asportazione del materiale da osteosintesi. Ci sono

disturbi funzionali dell'anca sin. con segni di coxartrosi secondo le nuove lastre del bacino del febbraio 2015 e l'MRI dell'anca sin. In più il paziente, secondo gli specialisti, neurologo e psichiatra, ha sviluppato una meralgia parestetica alla gamba sin. ed ha sviluppato anche una sindrome mista ansioso-depressiva su disadattamento dopo l'infortunio." In merito alle valutazioni del dr. _____ e del dr. _____ nell'ambito della perizia del _____ del 6 giugno 2014 si era così espresso: " Il Dottor _____ competente reumatologo nella sua perizia del 28 febbraio 2014 si limita ad esaminare la colonna vertebrale. Non esamina in modo esteso l'anca sin. dicendo che il paziente fa resistenza e blocca il movimento con atteggiamento difensivo. Questo argomento non convince: ogni medico che si occupa di traumatologia sa che ci sono sempre metodi da usare durante l'esame per affrontare atteggiamenti difensivi da parte del paziente. Parla di alterazioni osteocondrotiche della colonna cervicale e anche della colonna lombare pre-esistenti all'infortunio e giudica la capacità lavorativa nel senso che non c'è ripercussione dovuta alle diagnosi reumatologiche. Per quel che concerne il Dottor _____, ortopedico, constatiamo che il suo esame obiettivo è molto scarso, Non misura i movimenti attivi e passivi dell'anca sin., non misura le circonferenze, non si esprime sulla documentazione immagini sia RX classiche, sia MRI. Non prende posizione per quel che concerne la capacità lavorativa, non prende posizione per quel che concerne il giudizio dei medici che hanno visto il paziente in precedenza (Dottor _____), non si esprime sulla perizia reumatologica del Dottor _____, spec. Reumatologo che come il dottor _____ non vede più il paziente lavorare come giardiniere indipendente. Non si esprime sulle osservazioni del sottoscritto in occasione della perizia del 23.9.11 e del 23.12.11. E' quindi difficile seguire le conclusioni del Dottor _____ per quel che concerne l'esigibilità. Addirittura dichiara una capacità lavorativa del 100% per questo paziente che ha lavorato come giardiniere indipendente, lavoro pesante durante il quale costruiva muretti, posteggi, muri in sasso effettuava potature di piante d'alto fusto, tagliava legna, ecc. Le conclusioni del Dottor _____ non sono per niente convincenti e contro ogni criterio sopra indicato." (doc. AI pag. 555) Dette motivazioni, frutto di un'attenta valutazione del caso, appaiono convincenti e la conclusione del dr. _____, per la quale l'assicurato era da ritenere inabile in misura completa come giardiniere dal momento dell'incidente e per la quale dall'autunno 2013 in attività leggere si arrivava ad un'incapacità lavorativa del 50% tuttavia "senza sommare le invalidità parziali dell'anca sinistra, dell'affezione neurologica e dell'affezione psichiatrica", merita di essere condivisa. Sia detto per inciso che a simili conclusioni era giunto in sostanza anche il dr. _____, reumatologo, nella perizia allestita per l'AI il 16 aprile 2013, nella quale, posta la diagnosi di " dolori residui con disturbi funzionali dell'anca sx in stato dopo frattura diafisaria del femore sx e frattura del collo femorale sx tipo Garden I, io 4.12.10, trattata cruentemente con chiodo Gamma 3, con ernie muscolari del tensor fascia latae, postoperatorie, oltre a cervicalgie su turbe statico-degenerative dal 4.12.10" , aveva concluso che l'assicurato non avrebbe più potuto svolgere un lavoro fisicamente impegnativo come quello di giardiniere. Dopo un ulteriore periodo di incapacità lavorativa completa (di tre sino sei mesi) dopo l'asportazione del chiodo prevista per il 30 aprile 2013 (poi effettivamente eseguita il 7 maggio 2013), secondo il perito l'assicurato avrebbe potuto esercitare al 50% un'attività " molto leggera" da svolgere da seduto, con possibilità di cambiare posizione una volta l'ora e evitare di camminare più di 10-15 minuti e sollevare pesi (doc. AI pag. 284). Nel medesimo periodo, il dr. _____, internista curante, esprimendosi dopo l'asportazione del chiodo avvenuta il 7 maggio 2013, con rapporto medico dell'8 ottobre 2013, aveva indicato uno stato di

salute stazionario con un'inabilità completa dal giorno dell'incidente nel dicembre 2010 con relativo politrauma, a dipendenza dei vari postumi ortopedici e neurologici causantigli una limitazione funzionale alla mobilitazione dell'arto inferiore oltre all'insorgenza di una sindrome ansioso depressivo che provocava dei problemi di ansia e di insonnia (doc. AI 42). Queste conclusioni erano peraltro state sostanzialmente ribadite dal medesimo curante anche un anno dopo, con certificato del 15 dicembre 2014 laddove egli aveva confermato la persistenza dei dolori e delle limitazioni funzionali nell'arto inferiore sinistro (oltre all'esistenza della problematica psichica; doc. AI pag. 476) e nuovamente anche in quello del 12 febbraio 2018 (doc. AI pag. 729). Già alla luce di queste costatazioni – che documentano una situazione dal punto di vista ortopedico (e nevralgico) compromessa, e che sembrano escludere l'intervento di un pur minimo miglioramento della capacità lavorativa con effetto dal novembre 2013, ma al contrario documentano una situazione stazionaria stabile e anzi volta alla cronicizzazione dei dolori – non appare condivisibile la conclusione dell'amministrazione per la quale, tenendo conto peraltro di tutte le patologie e quindi anche dei problemi psichiatrici (i quali per ammissione del _____ andrebbero sommati a quelli somatici), nel periodo dal novembre 2013 al dicembre 2014 l'assicurato poteva essere considerato temporaneamente abile addirittura nella misura del 70% come giardiniere e dell'80% in un'attività leggera adeguata. La conclusione dell'amministrazione non appare condivisibile a maggior ragione considerando anche la sfera psichiatrica, ove peraltro si sottolinei nuovamente che il _____ ha espressamente concluso che le inabilità somatiche e quelle psichiatriche siano parzialmente da sommare (cfr. punto 8.1.3 doc. AI pag. 808). Va ricordato che nell'ambito della perizia _____ del 6 giugno 2014 l'assicurato era stato peritato il 10 marzo 2014 dal dr. _____, il quale aveva rilevato come l'assicurato avesse sviluppato l'anno precedente una sintomatologia ansioso depressiva, causata dall'incidente subito, che aveva richiesto di essere seguito dal collega psichiatra dr. _____. Diagnosticata una sindrome mista ansioso-depressiva su disadattamento (ICD10-F43.2) aveva valutato ad un'incapacità lavorativa del 20%, sottolineando tuttavia che la prognosi restava incerta (doc. AI pag. 414). Tale conclusione non appariva tuttavia supportata dalla documentazione agli atti. In particolare lo psichiatra curante dr. _____, nel certificato del 17 ottobre 2013 (e quindi pochi mesi prima della visita eseguita dal dr. _____), riferendo del paziente che aveva preso in cura dall'11 marzo 2013, ritenendo la prognosi non buona vista la cronicizzazione, aveva concluso che per le sole problematiche psichiatriche vi era una completa inabilità lavorativa dal 4 dicembre 2010 (doc. AI pag. 318). Anche il dr. _____, come detto, nella certificazione dell'8 ottobre 2013 aveva segnalato l'insorgenza di problematiche psichiatriche con valenza invalidante (doc. AI pag. 306). A seguito del rinvio degli atti da parte del TCA (con sentenza del 28 novembre 2016; cfr. consid. 1.1), il dr. _____ era stato chiamato nuovamente ad esprimersi e in data 2 febbraio 2018 aveva confermato la completa inabilità lavorativa per “ stato ansiodepressivo con grave esaurimento in parte reattivo al grave conflitto coniugale e alla situazione sociale dal 2013 ”, sottolineando la grande sofferenza lamentata dal paziente per i dolori all'anca sinistra e precisando che la situazione si era ulteriormente aggravata rispetto al 2013 (doc. AI pag. 723). Dal canto suo nell'ambito della perizia _____ del 17 luglio 2018, nella già menzionata valutazione del 21 maggio 2018 (cfr. consid. 2.11.1), sulla base di due consulti clinici, la dr.ssa _____, poste le diagnosi di “ Disturbo posttraumatico da stress(ICD-1(-GM F43.10)/Disturbo da stress posttraumatico con espressione ritardata (DSM-V 309.81), Disturbo depressivo ricorrente episodio di media gravità in atto, con rischio suicidale

(ICD-10-GM F33.1)/Disturbo depressivo maggiore, episodio singolo, moderato, con ansia, con rischio suicidale (DSM-V 296.32), Modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica (ICD-10-GM F62.0), Disturbo da dolore con fattori somatici e psichici (ICD-10-GM- 2016 F45.41)/Disturbo da sintomi somatici persistente (moderato/grave) (DSM V 300.82)", ha quindi riferito dei sentimenti di angoscia e tristezza provati dall'assicurato, confermando lo sviluppo di un PTSD (disturbo post traumatico da stress) non rielaborato, ancora attivo, ancora bloccante, a seguito dell'incidente che il paziente reputa come inizio di un importante cambiamento della sua vita e della sua persona. Riferiva di aver contattato anche il dr. _____, il quale le aveva riferito di " aver visto per poche volte nel 2013/14, per poi ritrovarselo all'inizio di quest'anno in una condizione di grave peggioramento, che lui attribuisce alle difficoltà familiari, che peraltro sono la conseguenza del PTSD, e che non aveva avuto sufficienti informazioni per comprendere appieno la situazione ". La perita ha tra l'altro esposto quanto segue: " (...) Posso esprimere il mio punto di vista specialistico , riscontrando la presenza di criteri diagnostici diffusamente sopra esposti, che si intersecano, e posso completare le diagnosi, che i colleghi hanno formulato precedentemente con le seguenti, a mio avviso più complete e attuali, in cui vengono confermati i criteri diagnostici per il disturbo da sintomi somatici, quali i sintomi somatici procurano disagio ed hanno portato ad alterazioni significative della vita quotidiana; presenza di pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi (ruminazioni mentali non ossessive); livello costantemente elevato di ansia; tempo ed energie eccessive dedicati ai sintomi somatici e preoccupazioni riguardanti la salute" La consulente ha quindi valutato l'assicurato abile al lavoro nella misura del 20% in ogni attività e, richiesta in merito all'evoluzione dell'abilità lavorativa, ha esposto che a suo avviso la riduzione della capacità lavorativa psichiatrica prolungata era iniziata a partire al più tardi da novembre 2013 con un'iniziale sindrome mista ansioso-depressiva su disadattamento come ben descritto dal dr. _____ nel consulto del 2014, evoluto in seguito, poiché non curato come dovuto, "in un peggioramento con l'insorgenza di un disturbo depressivo maggiore, su base eziopatogenetica di un PTSD che non rielaborato, ha permesso che si associasse un disturbo da Sintomi Somatici e la modificazione della personalità" . La perita ha quindi osservato che " non avendo nessun rapporto psichiatrico, posso ipotizzare l'ulteriore aggravamento psichico, dall'anamnesi in cui vi è l'uscita di casa della figlia e la condizione di separati in casa della coppia, per cambiamento dei comportamenti e di personalità dell'assicurato da circa tre/quattro anni. Quindi ipotizzo che l'attuale riduzione della capacità lavorativa psichiatrica sia da far partire, ipoteticamente dall'inizio 2015 " (le sottolineature sono della redattrice). Per la dr.ssa _____, la riduzione della capacità lavorativa era giustificata dalla presenza dei sintomi di un PTSD (disturbo da stress post traumatico) in comorbidità di un disturbo depressivo con rischio suicidale ed un disturbo da sintomi somatici persistente. I sintomi principali erano un sentimento diminuito in senso generale della forza, dell'energia e della vitalità, inclusi la debolezza, la fiacchezza, il rapido esaurimento fisico e mentale, la stanchezza e il malessere fisico legato ad un dolore persistente, vissuto con modalità tipiche del disturbo somatoforme in modo eccessivo; un'importante irritabilità ed una grave insonnia. Inoltre vi erano disturbi della concentrazione, con ruminazioni mentali non ossessive, disforia, irritabilità. Ora, alla luce di queste conclusioni peritali a ragione l'assicurato censura l'amministrazione laddove ha ammesso un miglioramento delle condizioni dell'assicurato a far tempo dal 1. novembre 2013. È per contro proprio in questo periodo che la perita situa l'inizio del peggioramento delle condizioni psichiatriche, laddove l'iniziale sindrome mista

ansioso-depressiva su disadattamento già segnalata dal dr. _____ nella valutazione del 2014, e che per il dr. _____ comportava in ogni modo un'invalidità lavorativa completa (cfr. certificato del 17 ottobre 2013, doc. AI pag. 316), era quindi peggiorata lasciando insorgere un disturbo depressivo maggiore, su base eziopatogenetica di un PTSD, e, quindi, un disturbo da sintomi somatici con modificazione della personalità. La conclusione di invalidità lavorativa della perita situata ad inizio 2015, è quindi stata formulata espressamente a titolo di mera "ipotesi", in assenza di rapporti psichiatrici relativi a quel periodo. Sia osservato che la perita aggiunge anche che tale deduzione si baserebbe anche sulle circostanze emerse dall'anamnesi, segnatamente l'uscita di casa della figlia a causa della modifica della personalità del padre e la condizione di separati in casa della coppia, essendo questi fattori causati dal cambiamento importante dei comportamenti e della personalità dell'assicurato. Ora, considerato come dall'anamnesi riportata dalla perita (doc. AI pag. 823) risulta che l'uscita di casa della figlia, a causa della forte tensione in casa, sia avvenuta " da circa quattro anni ", rispetto ai colloqui avvenuti con la perita e il paziente nell'aprile 2018, ben si può a maggior ragione concludere che il deterioramento delle condizioni psichiche dell'assicurato, che la dr.ssa _____ indica subentrato " dal 2014 ", fosse avvenuto in maniera rilevante (e in ogni modo a tal punto da compromettere il clima all'interno della famiglia) ben prima della fine del 2014. Se quindi invero nel corso del 2014 la situazione è verosimilmente progressivamente peggiorata, si può con ogni verosimiglianza ritenere che il graduale peggioramento delle affezioni psichiche abbia inciso sulla capacità lavorativa in misura rilevante, e sicuramente almeno nella misura del 50% in media, poi divenuta dell'80%, già a partire dalla prima metà del 2014. Tutto ben considerato quindi, tenendo conto da un lato delle conclusioni del perito ortopedico dr. _____, per il quale l'invalidità lavorativa era sostanzialmente presente in maniera costante dall'infortunio, con un'abilità del 20% in attività leggere adeguate, di quelle dei dr. _____ (abilità lavorativa del 50% in attività leggere da fine 2013 per le sole conseguenze ortopediche/reumatologiche/neurologiche) e dr. _____ (abilità in attività leggera del 50%, sempre per le sole conseguenze somatiche), e dall'altro delle conclusioni dello psichiatra curante dr. _____ nelle attestazioni del 17 ottobre 2013 e del 2 febbraio 2018 (invalidità completa dall'incidente), così come di quelle della dr.ssa _____ (per la quale l'invalidità era da considerare dell'80% in ogni attività dal gennaio 2015, al termine di un peggioramento graduale iniziato "al più tardi da novembre 2013") questo Tribunale non ritiene affatto comprovato, con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali (cfr. DTF 138 V 218 consid. 6, 125 V 195 consid. 2 e riferimenti), che a far tempo dal novembre 2013 sia subentrato un temporaneo miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato tale da aumentare la capacità lavorativa in attività adeguate dallo 0% all'80%. Pare piuttosto vero il contrario. Questo a maggior ragione se si considera che nel periodo in questione non è intervenuto alcun fatto nuovo (anzi la situazione descritta dai vari specialisti così come i sintomi lamentati dall'assicurato sono sempre stati sostanzialmente gli stessi, tutt'al più con peggioramento di quelli psichici) e che, malgrado l'assenza di fatti nuovi, dal 1. gennaio 2015 (e quindi pochi mesi dopo) sia nuovamente stata certificata un'invalidità lavorativa completa in ogni attività (per motivi sia psichici che somatici) e infine anche che, come concluso dal _____ nella perizia del 17 luglio 2018 (doc. AI pag. 808 consid. 8.1.3), le varie diminuzioni della capacità lavorativa dovute alle patologie somatiche e psichiatrica sono da sommare parzialmente fra di loro. Tutto ben considerato questo Tribunale ritiene quindi che la situazione valetudinaria dell'assicurato non abbia subito, successivamente

all'incidente nel dicembre 2010, modificazioni rilevanti, se non nel senso di un peggioramento, segnatamente con la cronicizzazione dei dolori derivanti dalle lesioni ortopediche, in particolare la meralgia parestetica, e l'aggiungersi di patologie psichiatriche invalidanti. Ne deriva in particolare, sulla base degli atti di causa, che la conclusione di un avvenuto miglioramento delle condizioni dell'assicurato con effetto da novembre 2013 non può essere confermata. Deve per contro essere ammessa dal momento dell'incidente (4 dicembre 2010) una completa inabilità come giardiniere e in ogni attività adeguata. 2.12. Visto quanto precede, considerata la persistente e continuata inabilità lavorativa totale dal dicembre 2010, all'assicurato va riconosciuta una rendita intera dal 1. dicembre 2011. Ne discende che può restare in questa sede aperto, in quanto non più di rilievo, l'esame della valutazione economica operata dall'amministrazione per calcolare il grado di invalidità relativamente al periodo in cui all'assicurato era stata riconosciuta un'abilità parziale del 70% rispettivamente 80% (dal 1. novembre 2013 al 31 dicembre 2014; cfr. in esteso la decisione contestata riportata al consid. 2.10). Il Tribunale si limita nondimeno a rilevare, per completezza e considerate le ripetute censure mosse dal ricorrente in merito alla definizione del reddito da valido applicata in sede di confronto dei redditi, che il calcolo operato dall'amministrazione appare di principio conforme alla prassi (cfr. consid. 2.3, 2.5 e 2.6). Questo TCA condivide in particolare l'applicazione del metodo ordinario per il calcolo del grado di invalidità, mettendo a confronto il reddito conseguito dall'assicurato prima dell'insorgere del danno alla salute e confrontandolo quindi con il reddito conseguibile in un'attività leggera adeguata dedotto dai dati statistici, ricordato come per la giurisprudenza anche per i lavoratori indipendenti il grado di invalidità va di principio stabilito secondo il metodo del raffronto dei redditi, a meno che questi non possano essere accertati in maniera attendibile oppure lo siano solo con un dispendio eccessivo (cfr. DTF 135 V 58; cfr. pure STF 8C_308/2008 del 24 settembre 2008 consid. 2.2; 9C_886/2011, 9C_899/2011 del 29 giugno 2012; STCA 32.2018.148 del 1° luglio 2019, consid. 2.5 e STCA 32.2018.160 del 26 agosto 2019, consid. 2.9). Pure appare condivisibile il procedere dell'Ufficio AI, laddove, basandosi sul dettagliato rapporto d'inchiesta per l'attività professionale indipendente del 13 ottobre 2014, ha considerato quale reddito "da valido" la media dei redditi conseguiti dall'assicurato tra il 2006 e il 2010, tenendo conto dei relativi redditi fiscali lordi, giungendo ad un importo di fr. 54'017.- lordi, poi aggiornati al 2012 a fr. 54'998.-. (inc. AI pag. 447; reddito 2006: 25'315, 2007: 29'603, 2008: 21'047, 2009: 42'777, 2010: 122'640, 2011: 131'400 e 2012: 9.500). Tale conclusione, giudicata dal responsabile a ragione la più rappresentativa e la più favorevole per l'assicurato - laddove ha pure ritenuto non opportuno considerare il reddito dell'anno 2006, anno in cui l'assicurato ha intrapreso la nuova attività, mentre ha incluso nel calcolo anche il guadagno conseguito nel 2010, malgrado si trattasse dell'anno in cui è intervenuto l'infortunio, essendo al momento dello stesso, il 4 dicembre 2010, l'anno praticamente concluso " ed inoltre perché molto favorevole "; a ragione l'incaricato professionale ha poi osservato che contrariamente a quanto preteso dal ricorrente per l'anno 2010 andavano considerati gli effettivi risultati aziendali e fiscali, indipendentemente dal fatto che alla chiusura dell'anno mancassero 19 giorni lavorativi; cfr. doc. AI 134 - appare di principio corretta, ricordato come la giurisprudenza ritiene adeguato tener conto della media dei redditi percepiti negli ultimi tre anni (cfr. STCA 32.2015.29 del 30 novembre 2015 consid. 2.7.1 con riferimenti a diverse STF; cfr. STF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012, in cui il reddito da valido è stato calcolato sulla base dei redditi conseguiti nei tre anni precedenti l'insorgenza del danno alla salute; cfr. pure, tra le tante, STF 8C-611/2007 del 23 aprile 2008, 9C-751/2011 del 30

aprile 2012, 8C-626/2011 del 29 marzo 2012; cfr. pure STCA 32.2018.148 del 1. luglio 2019, consid. 2.6 e STCA 32.2018.160 del 26 agosto 2019, consid. 2.11; cfr. anche le STCA 32.2019.36 del 11 febbraio 2020 e 32.2016.113 del 19 giugno 2017). Questo TCA condivide pure la presa di posizione dell'incaricato laddove non ha considerato gli ipotizzati guadagni che l'assicurato avrebbe a suo avviso potuto conseguire negli anni successivi al 2010, ritenendo la documentazione prodotta a tal scopo (segnatamente dichiarazioni di persone che hanno attestato che già precedentemente all'infortunio avevano commissionato all'assicurato lavori di giardinaggio da eseguire nel corso del 2011) non sufficiente per documentare e comprovare che i lavori menzionati sarebbero poi stati effettivamente eseguiti e retribuiti in assenza del danno alla salute (doc. AI pag. 687). Applicando l'abituale principio della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (cfr. tra le altre le DTF 138 V 218 consid. 6, 125 V 195 consid. 2 e riferimenti), questo TCA deve convenire con le conclusioni dell'Ufficio AI. Nulla da eccepire risulta di principio nemmeno in merito ai restanti punti del calcolo eseguito nella decisione contestata (cfr. in esteso al consid. 2.10). Visto quanto precede, considerata l'inabilità riconosciuta in maniera continuata dal dicembre 2010, all'assicurato va riconosciuta una rendita intera dal 1. dicembre 2011. 2.13. Ne consegue che il ricorso deve essere accolto e la decisione riformata nel senso che al ricorrente va riconosciuta una rendita intera d'invalidità a far tempo dal 1. dicembre 2011. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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 fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Inoltre, vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un avvocato, ha diritto a un'indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa) e la domanda di assistenza giudiziaria per la procedura ricorsuale diventa quindi priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

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