

## **TI\_GERICHTE 32.2010.15 vom 10. Dezember 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-12-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.15](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.15)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.15 du 10 décembre 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.15 del 10 dicembre 2009

### **Regeste**

TCA, a fronte delle incongruenze delle valutazioni peritali susseguitesesi nel tempo, ritiene maggiormente attendibile l'opinione espressa dalla psichiatra curante, grazie anche alle approfondite precisazioni fornite in risposta alle richieste di chiarimenti del Tribunale

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

Abs. 1 IVG ist (vgl. Urteil I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 4.2.1). Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann ( BGE 121 V 264 E. 6b/cc S. 274; 105 V 156 E. 2c/d S. 160 f.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, S. 236 f.)." Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI). Vi è interruzione notevole del termine di 360 giorni ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007) allorché l'assicurato è interamente abile e presenta, durante almeno 30 giorni consecutivi, una capacità al lavoro economicamente utilizzabile, senza riguardo alla sua remunerazione (RCC 1969 p. 571). Il periodo di 360 giorni non è per contro interrotto se il tentativo di ripresa del lavoro - essendo provatamente al di sopra delle forze dell'assicurato - è fallito, anche se esso è durato più di 30 giorni (RCC 1964 p. 168). 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di

sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." 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 del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale 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 recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.5. L'UAI, conformemente a quanto stabilito dal TCA nella sentenza 32.2005.140 del 20 giugno 2007 (cfr. consid. 2.2.), con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia ortopedica (dr. \_\_\_\_\_), quella neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e quella psichiatrica (dr.ssa \_\_\_\_\_). L'aspetto ortopedico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica, il quale, nel suo referto del 27 febbraio 2008, ha posto le diagnosi di “periartropatia omero-scapolare destra di carattere cronico; stato dopo lesione del tendine sovraspinato, sutura secondaria, acromioplastica e resezione del capo acromiale della clavicola destra; stato dopo rottura del tendine quadricipite femorale sinistro in sede soprarotulea e sutura diretta (2005); stato dopo meniscectomia artroscopica del ginocchio sinistro e destro negli anni 80” (doc. 81-20). Lo specialista ha indicato che l'assicurato può incontrare delle difficoltà oggettivamente nelle attività lavorative che richiedono una posizione elevata della mano destra al di sopra del livello della spalla o del capo e in quelle che comportano il dover camminare su terreno accidentato, come ad esempio nelle attività di controllo sui cantieri. A livello della spalla destra lo specialista ha constatato il persistere di una situazione stazionaria rispetto al 2004, mentre a livello dell'arto inferiore sinistro si è aggiunta solo una discreta atrofia muscolare. Quanto alla capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_, tenuto conto di queste patologie, ha considerato l'assicurato abile al lavoro al 75% nella sua precedente attività di disegnatore tecnico e in altre attività nel campo del genio civile, del disegno tecnico e dell'edilizia (cfr. doc. 81/21-23). L'aspetto neurologico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 17 marzo 2008, ha posto le diagnosi di “lievi alterazioni neuropsicologiche per quanto riguarda la concentrazione, l'attenzione sostenuta e divisa con lieve rallentamento mentale molto presumibilmente nell'ambito della problematica psichiatrica senza evidenza di un danno organico cerebrale” (doc. 81-27). Lo specialista ha sottolineato che le alterazioni neuropsicologiche riscontrate nell'interessato sono di lieve entità e determinano una riduzione del rendimento del 10% sia nell'attività abituale, sia in altre attività (doc. 81-27). L'aspetto psichico è, invece, stato vagliato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, medico-chirurgo specialista in psichiatria, la quale, nel suo referto del

14 marzo 2008, ha posto la diagnosi di “sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2)” (doc. 81-31). La specialista ha evidenziato di ritenere “che la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici sia di fatto poco compatibile con il trattamento a domicilio richiedendo solitamente – specie in situazioni di emergenza familiare quale quella vissuta dall’assicurato – un periodo congruo di ricovero; peraltro certamente non è compatibile con una terapia a base solo di AD in modica quantità mentre è più spesso trattato con politerapia associate anche a base di AD, BZD, modulatori dell’umore ed anche neurolettici e con trattamenti spesso in formula endovenosa per gli AD”. La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha ritenuto lo stato dell’assicurato complessivamente costante nel corso degli ultimi 4 anni (doc. 81-32). Quanto alla capacità lavorativa, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha considerato l’assicurato inabile al lavoro al 20% nella sua precedente attività e in tutte le altre teoricamente esigibili (doc. 81-31). Con riferimento alla prognosi, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha segnalato che “c’è il rischio di una cronicizzazione definitiva: un peggioramento potrebbe presentarsi nel caso di un peggioramento del funzionamento del figlio o delle dinamiche familiari” (doc. 81-32). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 21 aprile 2008, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “periartropatia omero-scapolare destra di carattere cronico; stato dopo lesione del tendine sovraspinato, sutura secondaria, acromioplastica e resezione del capo acromiale della clavicola destra; stato dopo rottura del tendine quadricipite femorale sinistro in sede soprarotulea e sutura diretta (2005); stato dopo meniscectomia artroscopica del ginocchio sinistro e destro negli anni ‘80; sindrome mista ansioso-depressiva; lievi alterazioni neuropsicologiche per quanto riguarda la concentrazione, l’attenzione sostenuta e divisa con lieve rallentamento mentale molto presumibilmente nell’ambito della problematica psichiatrica senza evidenza di un danno organico cerebrale”, mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa quelle di “ipertensione arteriosa trattata; stato dopo resezione segmentale del sigma in maggio 2005, su diverticolite cronica stenosante; obesità con BMI 34 kg/m<sup>2</sup>; tabagismo cronico” (doc. 81-9). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurato abile al lavoro al 75% nella sua precedente attività di tecnico disegnatore, intesa come riduzione della capacità funzionale residua sull’arco di un’intera giornata lavorativa” (doc. 81-12). I medici del SAM hanno poi indicato che l’assicurato è da considerare abile al lavoro al 75% anche in altre attività adeguate, sempre nell’ambito del genio civile, del disegno tecnico e dell’edilizia” (doc. 81-14). Infine, i medici del SAM hanno indicato di ritenere che le incapacità lavorative descritte dai consulenti in ambito ortopedico, neurologico e psichiatrico non debbano essere sommate “in quanto tutte le patologie che causano una limitazione della capacità lavorativa comportano sempre una riduzione del rendimento” (doc. 81-14). A seguito delle osservazioni presentate dalla patrocinatrice dell’assicurato contro il progetto di decisione dell’UAI di rifiuto di una rendita (cfr. doc. 88/1-8) e, in particolare, dello scritto del 9 gennaio 2009 della psichiatra curante, dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 88-11), il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, specialista FMH in medicina interna (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), nelle sue annotazioni del 17 febbraio 2009, ha rilevato: " Domanda prestazioni AI del 2.2004 SAM 12.2004: ortopedico dr. \_\_\_\_\_ e psichiatrico dr. \_\_\_\_\_: periartropatia omero-scapolare ds. residua dopo lesione della cuffia dei tendini rotatori con/su reinserzione secondaria del tendine sovraspinato e resezione del capo acromiale della clavicola ds. per artrosi in data 6.11.2003 disturbo di adattamento dr.ssa \_\_\_\_\_

psi. porta sue osservazioni: rallentamento mnemonico non quantificato, non eseguiti test psichiatrici, non stata interpellata dallo psi. SAM, disaccordo su diagnosi. Essendo le limitazioni minime nella sua attività ed assenza di limitazioni in attività adeguate si procede a rifiuto di rendita 17.2.2005 dopo confronto dei redditi Ricorso al TCA: non fatto testistica psichiatrica e non valutato danno possibile neuropsicologico per cui ritorno atti Inoltre vi è stata rottura del m. quadricipite operata 9.2005 e episodio di diverticolite con degenza ospedaliera SAM 3.2008: psichiatrico dr.ssa \_\_\_\_\_, neurologico e neuropsicologico dr. \_\_\_\_\_, ortopedico dr. \_\_\_\_\_: periartropatia omero-scapolare ds. di carattere cronico stato dopo lesione del tendine sovraspinato, sutura secondaria, acromioplastica e resezione del capo acromiale della clavicola ds stato dopo rottura del tendine quadricipite femorale sinistro in sede soprarotulea e sutura diretta (2005) stato dopo meniscectomia artroscopica del ginocchio sin e ds. negli anni '80 sindrome mista ansioso-depressiva lievi alterazioni neuropsicologiche per quanto riguarda la concentrazione, l'attenzione sostenuta e divisa con lieve rallentamento mentale molto presumibilmente nell'ambito della problematica psichiatrica senza evidenza di un danno organico cerebrale Osservazioni attuali da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ che ritiene dall'inizio del suo trattamento del 2004 una IL del 100%. Inoltre osservazioni su approccio terapeutico e nosologico psichiatrico. Propongo a questo punto una presa di posizione dello psichiatra SMR come discusso con dr. \_\_\_\_\_, medico psichiatra SMR, che si possa esprimere sulle osservazioni apportate dalla psichiatra curante ricordando che il perito SAM specialista non è tenuto a dover prendere contatto con collega curante e che spesso la durata del colloquio addotta dall'assicurato non corrisponde al vero e che in ogni caso non è elemento di pregiudizio sulla qualità dello stesso. A dr. \_\_\_\_\_ psichiatra SMR come già discusso." (Doc. 92-1). Nel suo rapporto medico del 17 aprile 2009, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, posta la diagnosi principale di "depressione maggiore (ICD10-F32.2)", ha considerato l'assicurato inabile al lavoro al 100% a partire dal mese di gennaio 2009 (doc. 95-1). Il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che, rispetto alla valutazione peritale eseguita nell'ambito della perizia SAM dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel 2008, vi è stato "un peggioramento dello stato di salute psichico in termini di cristallizzazione con aggravamento di sintomi presenti da tempo". Lo specialista ha spiegato che "se nel 2004 il dr. \_\_\_\_\_ aveva posto la diagnosi di sindrome da disadattamento, dopo 4 anni la dr.ssa \_\_\_\_\_ parla di sindrome ansioso-depressiva, ora nell'aprile 2009 si può in effetti parlare di depressione maggiore" (doc. 95-5). Contro il progetto di decisione del 29 aprile 2009 di attribuzione di un quarto di rendita dal 1° marzo 2009 e di una rendita intera di invalidità dal 1° giugno 2009, l'assicurato ha trasmesso all'UAI un certificato medico del 22 luglio 2009, indirizzato alla sua patrocinatrice, nel quale la psichiatra curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, ha rilevato: " Ho preso visione del rapporto stilato dal dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, del Servizio Medico Regionale dell'AI del 17.04.2009. Concordo con il collega sulla diagnosi postulata di depressione maggiore più specificatamente ritengo che l'attuale episodio depressivo sia di grado grave. Come lei sa segue il paziente a frequenza mensile nei periodi di minor crisi e con frequenza più intensa (1 volta ogni 2 settimane) nei periodi del maggior acuirsi dello stato depressivo. Il paziente nel corso di questi anni è stato sottoposto a diversi trattamenti farmacologici, antidepressivi (Deroxat, Cipralex, Flutine, Citalopram) senza miglioramenti significativi. Rispetto al mio ultimo rapporto del 9.1.2009 la situazione del paziente è rimasta invariata: lo stesso continua a presentare uno stato depressivo che soddisfa tutti i criteri per un episodio depressivo grave con sindrome apatica, abulica, anedonica e astenica.

Posso certificarle come in precedenza che al momento della mia presa a carico e cioè il 24.12.2004 il paziente presentava già un episodio depressivo grave anamnesticamente presente da più di un anno e resistente alle terapie fino ad allora praticate dal medico curante dr. med. \_\_\_\_\_ ed evolvente verso la cronicità e che a causa dello stesso era inabile al lavoro al 100%: inabilità lavorativa che ho sempre certificato in tutti questi anni visto il decorso sfavorevole. Il funzionamento del paziente da allora è sempre stato compromesso sia a livello familiare dove il paziente tende ad appoggiarsi alla moglie incapace di assumersi le responsabilità e i compiti, sia in ambito sociale dove il paziente così come descritto dalla moglie si è ritirato in sé da anni ed è evitante nei contatti sociali; è apatico, abulico e deve essere continuamente stimolato. In tutti questi anni si sono susseguiti stati depressivi da gravi a medi. Condivido le conclusioni del perito secondo cui il decorso in questi anni sia peggiorato. Non si è mai raggiunto uno stato di eutimia e lo stato psicopatologico si è aggravato. Ritengo pertanto che alla luce di quanto precedentemente scritto nei miei rapporti a lei inviati in questi anni l'incapacità lavorativa al 100% sia giustificata dal 24.12.2004 e che da allora sia da riconoscere una rendita intera perché il quadro è evoluto in fase cronica resistente e mai vi è stato un miglioramento tale da permettere un recupero della capacità lavorativa." (Doc. A7) Nelle annotazioni del 10 settembre 2009, il dr. \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_ del SMR hanno osservato: " Il mio parere si basa sugli atti a disposizione, esclusivamente per quanto riguarda la malattia psichica. La domanda di prestazioni AI viene ricevuta il 3.02.2004. L'A.o si annuncia per ipertensione arteriosa, depressione, rottura cuffia rotatori spalla destra da circa due anni. L'A.o indica come curanti il medico generalista dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e lo specialista ortopedico dr. \_\_\_\_\_ della Clinica \_\_\_\_\_. Non sono indicati specialisti psichiatri. Il dr. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 11.02.2004 indica come unica diagnosi con ripercussione sulla CL "rottura cuffia spalla dx" da 4 anni con IL medicalmente giustificata 100% dal 6.11.2003 a tuttora. Il dr. \_\_\_\_\_ i nel rapporto del 29.04.04 indica diagnosi con influenza sulla CL: "ipertensione arteriosa, rottura sovraspinato spalla destra con artrosi acromio-clavicolare, stato di resezione laterale della clavicola acromio-plastica riparazione cuffia spalla destra, sindrome ansioso-depressiva. Il medico non scrive da quando sussiste il danno, indica una IL 100% dal 29.01.03 a tuttora. Aggiunge: "paziente che nel corso del 2002 inizio 2003 ha iniziato a presentare un'importante sindrome ansioso-depressiva reattiva con difficoltà nel mantenere una propria autostima e nel riuscire nella propria attività lavorativa. Nel frattempo si acutizzava un problema alla spalla che ha necessitato di ricovero e intervento. Il problema principale rimane anche comunque la problematica depressiva reattiva, probabilmente ha una situazione lavorativa non più idonea al paziente stesso. Per quanto riguarda la spalla, il paziente è seguito dal dr. \_\_\_\_\_". Viene quindi richiesto dall'Ufficio AI al dr. \_\_\_\_\_ se è stato consigliato all'A.o di intraprendere una terapia specialistica (lettera \_\_\_\_\_ 9.06.04). La risposta del medico (18.06.04) è: "il paziente summenzionato presenta una sindrome ansioso-depressiva per la quale mi sono permesso di seguirlo anche perché lo stesso trovava una buona comunicabilità all'interno della mia consultazione. Non ho per il momento indirizzato il paziente da specialisti in quanto la cosa era sostenibile in questo modo. Per il momento la situazione è stazionaria, non vi sono grossi peggioramenti né situazioni deliranti o quantunque peggioramenti di sorta per cui non ho ritenuto ancora opportuno inviarlo presso uno psichiatra". Il curante indica quindi una "situazione sostenibile", apparentemente in contrasto con ICD10:F32.2 "episodio depressivo grave senza sintomi psicotici": si tratta di un episodio depressivo in cui perdita di autostima e idee

di inutilità e di colpa sono accentuate e causano una significativa sofferenza. Sono comuni le idee e i comportamenti suicidari e sono generalmente presenti diversi sintomi “biologici”. Secondo ICD, si intendono sintomi “biologici”: perdita di interesse e di piacere, risveglio al mattino due o più ore prima del solito, peggioramento mattutino della depressione, marcato rallentamento psicomotorio, agitazione, perdita dell’appetito, perdita di peso e riduzione della libido. Non si apprezzano, nel documento del dr. \_\_\_\_\_ del 18.06.04, elementi oggettivi che permettono di porre diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici secondo i criteri ICD10:F32.2. Non si hanno inoltre elementi per valutare quanto la patologia psichica influisca sulla IL 100% certificata. Inoltre, il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ del 11.02.04 lascia intuire più una sindrome da disadattamento con reazione ansioso-depressiva per problemi sul lavoro (F43.2) che un episodio depressivo maggiore. Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ il 10.11.04 richiede una valutazione SAM. Non vi sono in dossier rapporti relativi alla situazione psichica dell’A.o successivi alla lettera del dr. \_\_\_\_\_ citata sopra. L’accertamento SAM ha luogo dal 20.12.2004. Dal lato psichiatrico, l’A.o viene visto dal dr. \_\_\_\_\_ il 26.12.04. Dopo aver descritto l’anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico, il consulente giunge alle seguenti conclusioni. Sul piano strettamente psicologico e delle linee del carattere, siamo confrontati con un soggetto attivo, progressista, che a livello sociale ha avuto diverse esperienze positive, ricoprendo anche incarichi pubblici, mentre dal lato lavorativo ha mostrato un andamento costante sino a quando sono insorti dei conflitti con il suo nuovo superiore. Non essendosi realizzate le sue aspettative con una promozione andata in fumo e con una richiesta frustrata di aumento salariale, egli ha denotato un orgoglio ferito e una profonda scontentezza legata al fatto che la situazione venutasi a creare non soddisfaceva più le sue esigenze. Dal momento in cui l’A. è stato dichiarato dal medico curante inabile al lavoro nella misura del 100%, egli ha mostrato un processo di alienazione che lo ha condotto, a poco a poco, ad estraniarsi dal mondo, vedendo se stesso solamente come la vittima di una ingiustizia non rimediabile. L’A. è quindi rimasto fissato in una posizione esistenziale egocentrica concentrando la sua attenzione sul figlio primogenito riuscendo così ad alleggerire in parte il vissuto di soggetto trattato senza rispetto dal datore di lavoro. Dal punto di vista diagnostico l’A. presenta dei tratti caratteriali disadattati ed una tendenza ad evadere dalla disistima delle sue esigenze individuali, ritenendosi nel giusto pur senza un adeguato confronto con la realtà obiettiva. Dal lato della situazione psicovegetativa, dell’atteggiamento e dell’umore soggettivo, prevale attualmente la tendenza alla stabilizzazione, alla estraniamento e ad un certo immobilismo attraverso cui l’A. vuole mantenere lo status quo ed essere rispettato come personalità particolare. Il consulente valuta quindi il grado di capacità lavorativa, dal punto di vista psichiatrico, nell’attività da ultimo esercitata di tecnico disegnatore, nella misura dell’80%. Quanto affermato dal perito lascia intuire l’inizio di un processo che possiamo chiamare di “fuga nella malattia”, attraverso cui l’A. vuole mantenere lo status quo ed essere rispettato. L’A.o stesso si presenta allo sportello AI il 23.02.05 richiedendo copia della perizia SAM perché serve urgentemente al suo medico curante, dr. \_\_\_\_\_, con la quale ha appuntamento lo stesso giorno alle 15.30. Consegna una dichiarazione scritta a mano dalla dr.ssa dove risulta che il sig. \_\_\_\_\_ è suo paziente dal 24.12.04 per stato depressivo non meglio specificato. Tale comportamento appare escludere, in tale data, la presenza di un episodio depressivo grave (F32.2). Nella lettera inviata al rappresentante legale, avv. \_\_\_\_\_, dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ il 22.07.09, la psichiatra conferma di aver preso a carico l’A.o dal 24.12.04 e ritiene pertanto che una IL 100% sia giustificata a partire da quella data. Alla

luce di quanto evidenziato sopra, alla luce degli atti in dossier, ritengo dunque che non vi siano elementi oggettivi sufficienti per confermare una IL 100% in qualsiasi attività per motivi psichici dal gennaio 2003 al dicembre 2004. Per il periodo successivo, la dr.ssa \_\_\_\_\_ in tutti i suoi scritti espone le ragioni per le quali ritiene che l'interessato non presenti un disturbo dell'adattamento, bensì sia affetto da episodio depressivo grave senza sintomi psicotici e con sindrome biologica. Al riguardo, la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR nelle sue annotazioni del 19 ottobre 2005 ritiene che il peggioramento della patologia depressiva descritto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ "potrebbe pertanto essere conseguente alla decisione negativa della rendita AI, quindi subentrato solo successivamente e sarebbe anche di tipo reattivo". Tale affermazione è tuttavia smentita dalla specialista curante, che ha considerato l'interessato inabile al lavoro al 100% a causa dell'episodio depressivo grave di cui è affetto e che era già presente al momento della presa a carico specialistica nel dicembre 2004. La stessa dr.ssa \_\_\_\_\_ nelle sue annotazioni del 19 ottobre 2005 non esclude che il peggioramento della sintomatologia depressiva descritto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ possa essere intervenuto, aggiungendo che "allo stato attuale non possiamo valutare esattamente né la presenza della patologia indicata dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, né la sua entità". Il TCA ritiene opportuno (20 giugno 2007) che l'amministrazione, cui gli atti sono rinviati per un approfondito esame medico peritale dal punto di vista neuropsicologico, rivaluti anche l'aspetto strettamente psichiatrico, ponendo una chiara diagnosi, sulla base di una minuziosa anamnesi e di un accurato esame clinico (se necessario anche attraverso valutazione testistica), stabilendo l'influsso delle patologie di cui è affetto l'interessato sulla sua capacità lavorativa. Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (22.10.07) invia nuovamente l'A.o al SAM. Nuovo accertamento SAM dal 22 febbraio 2008. La psichiatra dr.ssa \_\_\_\_\_ visita l'A.o il 14.03.2008. Afferma: "il soggetto presentava nel corso del 2003-2004 una reazione da disadattamento che seguiva la perdita del lavoro ma a mio avviso si strutturava sul confronto doloroso e arreso con la realtà familiare: un figlio poco-non gestibile e le ripercussioni sulle dinamiche familiari. Egli pare sopraffatto dal confronto: è ansioso, preoccupato per il futuro del figlio ma anche per la sua immagine pubblica, per lo sguardo della gente. Dal 2004 a oggi pare che la situazione non abbia presentato rilevanti modifiche (invariata) come confermato dall'assicurato stesso, dal medico del SAM \_\_\_\_\_ e dal confronto dei due esami clinici fatti a distanza di circa 4 anni. Il confronto anche alla luce delle terapie in atto nei due momenti con i relativi possibili effetti da considerare (Deroxat 20 mg i cp/die, Temesta 1 mg al bisogno di allora e Citalopram 10 mg 2 cp/die e Zoldorm al bisogno di oggi) conferma lo stato complessivamente invariato. Il tempo trascorso non ci consente di diagnosticare una reazione di disadattamento (essendo passati ormai più di due anni dalla prima registrazione): quello che vediamo oggi pare essere ormai strutturato e poco modificabile di fatto. A mio avviso si tratta di un quadro misto di componenti depressive (qualità lieve) e di contenuti ansiosi (lievi-medi): ritengo possibile esprimermi in direzione di un disturbo misto ansioso-depressivo. Ritengo infatti che nessuno dei quadri sia tale da permettere una diagnosi distintiva delle due sottounità psicopatologiche. Ritengo peraltro che la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici, sia di fatto poco compatibile con il trattamento a domicilio richiedendo solitamente – specie in situazioni di emergenza familiare quale quella vissuta dall'assicurato – un periodo congruo di ricovero; peraltro certamente non è compatibile con una terapia a base solo di AD in modica quantità mentre è più spesso trattato con politerapie associate anche a base di AD, BZD, modulatori dell'umore ed anche neurolettici e con trattamenti spesso in formula endovenosa per gli

AD. Non risultano presenti nell'accurata anamnesi svolta nei due momenti di incontro con il soggetto né ricoveri anche brevi né altra e più consistente terapia. Sindrome mista ansioso-depressiva ICD10-F41.2". Il perito indica una IL 20% per motivi psichici. La perizia SAM descrive così la giornata dell'A.o: "di mattina l'A. accompagna il cane a passeggio, poi si reca con l'automobile a fare le spese, quindi guarda qualche programma alla TV. Pranza con la moglie. Nel pomeriggio cura il giardino o la vigna (circa 1000 m<sup>2</sup>), legge il giornale, guarda qualche programma alla TV, durante la stagione va a caccia o a cercare funghi. Dopo cena guarda qualche programma alla TV. A riguardo del proprio futuro l'A è sicuro, allo stato attuale di salute, di non poter più svolgere l'attività da ultimo esercitata, ma finora non ha mai pensato ad un'attività alternativa. Negli ultimi anni non ha mai cercato un'attività lavorativa e non prevede di farlo nemmeno in futuro". Da un lato, la dr.ssa \_\_\_\_\_ indica di fatto una progressione verso una cristallizzazione in senso depressivo, dall'altra l'A.o avrebbe descritto al SAM una vita quotidiana con attività come la cura del giardino e della vigna o andare a caccia, che non appaiono compatibili con uno stato di depressione grave. La dr.ssa \_\_\_\_\_ riferisce nel rapporto inviato all'avv. RA 1 (9.01.09) un'oscillazione della sintomatologia da uno stato depressivo grave intorno al 2005 ad uno di media gravità nell'ottobre 2007. In conclusione, i rapporti inviati dalla psichiatra curante al rappresentante legale dell'A.o, le risultanze del SAM del marzo 2008 non mi consentono di prendere una posizione obiettiva sulla IL dal 24.12.2004 al momento della mia valutazione. Appare probabile una oscillazione della funzionalità dell'A.o in questo periodo, non si possono escludere periodi di IL totale alternati ad altri di funzionalità migliore, ma non ho elementi oggettivi per determinare con assoluta certezza la loro durata. > Alla luce di quanto evidenziato sopra, alla luce degli atti in dossier, ritengo dunque che non vi siano elementi oggettivi sufficienti per confermare una IL 100% in qualsiasi attività per motivi psichici dal gennaio 2003 al dicembre 2004. > Non sono in grado di confermare una IL 100% continua in qualsiasi attività per motivi psichici dal 24.12.2004 al momento della visita SMR 6.04.09." (Doc. 107/1-4) 2.6. In sede ricorsuale, contestando la decisione dell'UAI di attribuirgli un quarto di rendita dal 1° marzo 2009 e una rendita intera di invalidità dal 1° giugno 2009, l'assicurato ha trasmesso al TCA i certificati medici del 9 gennaio 2009 (doc. A6) e del 22 luglio 2009 (doc. A7) redatti dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, già prodotti in precedenza. Nelle sue annotazioni del 4 febbraio 2010, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha riportato letteralmente quanto già espresso nelle annotazioni del 10 settembre 2009 (cfr. doc. IV/bis). A fronte delle contestazioni del 24 marzo 2010 della legale dell'assicurato (doc. X), nelle annotazioni del 9 aprile 2010 il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato: " Il rappresentante legale si riferisce a una lettera a lei inviata dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ i il 5 marzo 2005. In effetti, vi si legge: Il paziente mi era stato segnalato dal dr. \_\_\_\_\_ per uno stato depressivo in data 14.12.2004. Il paziente era già inabile al lavoro al 100% dal 29.01.2003. Il paziente è inabile al lavoro al 100% dal punto di vista psichiatrico a causa dello stato depressivo grave presente da più di un anno, resistente ed evolvente verso la cronicità. Tranne la prima affermazione, che indica un fatto oggettivo – la presa a carico dell'A.o – le altre due affermazioni appaiono contraddittorie: infatti, in primis la psichiatra scrive "inabile al lavoro al 100% dal 29.01.2003" senza altri commenti, dunque senza motivare in alcun modo questa affermazione; poi "il paziente è inabile al lavoro al 100% ... da più di un anno". Visto che la lettera è datata marzo 2005, questa frase sembra evidentemente riferirsi alla presa a carico dell'A.o, cioè dicembre 2004, in assenza di una indicazione temporale precisa. Pertanto, a mio avviso, le osservazioni del 24.03.2010 non giustificano, dal lato medico-psichiatrico, una diversa valutazione della IL rispetto alla

decisione dell'Ufficio, né forniscono nuove informazioni mediche che giustifichino una diversa valutazione della IL." (Doc. XII/bis) 2.7. In corso di causa, il TCA ha interpellato la dr.ssa \_\_\_\_\_ specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, invitandola a prendere posizione in merito alle considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_ nelle sue annotazioni del 4 febbraio 2010. Questo Tribunale ha inoltre chiesto alla curante di precisare quale è stata l'evoluzione delle patologie dell'assicurato, indicando in particolare se, rispetto alla perizia della dr.ssa \_\_\_\_\_, vi è effettivamente stato, come ritenuto dal dr. \_\_\_\_\_, un peggioramento dello stato di salute psichico dell'interessato, che ha portato ad una "cronicizzazione definitiva" dei sintomi e all'insorgenza di una completa inabilità lavorativa a partire dal mese di gennaio 2009 (doc. XIV). Con scritto del 20 luglio 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha risposto: "(...) Come a lei già noto ho sempre considerato il paziente inabile al 100% dal 24.12.2004 (da quando in mia cura a tuttora), ponendo la diagnosi di depressione maggiore. Non posso esprimermi sulla percentuale di incapacità lavorativa precedente non di mia competenza ma di competenza, come a lei noto, del curante dr. med. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Ho continuato a seguire il paziente a frequenza mensile in tutti questi anni nei periodi di minor crisi e con frequenza più intensa (1 volta ogni due settimane) nei periodi di maggior acuzie dello stato depressivo. Ho sottoposto il paziente a diversi trattamenti farmacologici antidepressivi senza miglioramenti significativi. Dal 09.01.2009, data del mio ultimo rapporto, la situazione del paziente è rimasta invariata: lo stesso continua a presentare uno stato depressivo che soddisfa tutti i criteri per un episodio depressivo grave con sindrome apatica, abulica, anedonica e astenica. L'episodio depressivo insorto già prima del 24.12.2004 (più di un anno prima) si è evoluto verso la cronicità. Il funzionamento del paziente da allora è sempre stato compromesso sia a livello familiare, dove il paziente si è sempre più appoggiato alla moglie, incapace di assumersi le responsabilità e i compiti a lui affidati, sia in ambito sociale dove il paziente così come descritto dalla moglie si è ritirato in sé e da anni è evitante nei contatti sociali. Dai familiari è descritto sempre come apatico, abulico. In tutti questi anni si sono susseguiti degli stati depressivi da gravi a medi. Condivido le conclusioni del perito dr. med. \_\_\_\_\_ secondo cui il decorso della sindrome depressiva in questi anni è peggiorata, come già precedentemente certificato. In tutti questi anni in cui l'ho in cura lo stato depressivo è oscillato da grave a medio. Il paziente non ha mai raggiunto uno stato di eutimia e lo stato psicopatologico nell'insieme si è aggravato per perdita della progettualità e cronicizzazione dei disturbi. Ho sempre certificato un'incapacità lavorativa al 100% dal 24.12.2004 ritenendo anche che nelle fasi di media gravità del quadro depressivo il paziente non avesse recuperato alcuna capacità lavorativa: le oscillazioni del quadro depressivo hanno determinato un'oscillazione della funzionalità in ambito familiare ma non hanno mai permesso un recupero della funzionalità del paziente in ambito lavorativo. Per rispondere puntualmente alle sue domande, preciso che l'evoluzione negli anni della patologia depressiva di cui il paziente è affetto è stata sfavorevole. Il paziente, a causa delle depressioni presentate, non ha mai potuto recuperare una funzionalità in ambito lavorativo: ha sempre presentato una sindrome apatica, abulica, astenica e anedonica, la cui intensità è oscillata a partire dal 2007 da uno stato medio ad uno stato grave. Condivido come ritenuto dal perito dr. med. \_\_\_\_\_ un peggioramento dello stato di salute psichica del paziente da marzo 2008, nel senso che a partire da tale data, oltre a non aver raggiunto l'eutimia, il dolore morale ha determinato nel paziente una completa perdita della progettualità. Nella certificazione dell'incapacità lavorativa ho sempre dichiarato un'incapacità lavorativa al 100% dal 24.12.2004, ritenendo che mai il paziente da allora abbia potuto in alcun modo

recuperare la capacità lavorativa a causa della depressione maggiore cronica resistente e invalidante. Divergo con le diagnosi poste dai periti precedenti dr. med. \_\_\_\_\_, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Ritengo che i disagi di tipo amministrativo non abbiano in nessun modo determinato peggioramenti della patologia di cui il paziente soffre (depressione maggiore). Sicuramente vi è un risentimento del suo vissuto ma non sono stati loro a determinare la patologia né la sua evoluzione. Ritengo che al paziente debba essere riconosciuta un'incapacità lavorativa al 100% dal momento della mia presa a carico e cioè dal 24.12.2004." (Doc. XVI) Al riguardo, nelle sue annotazioni del 29 luglio 2010, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " Le nuove affermazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ non modificano le mie precedenti prese di posizione." (Doc. XIX/bis) In data 7 settembre 2010, il TCA ha nuovamente interpellato la dr.ssa \_\_\_\_\_, chiedendole di precisare: " (...) Dal Suo scritto emerge che lo stato depressivo dell'assicurato, negli anni, è oscillato "da grave a medio". In particolare, a proposito dell'evoluzione della patologia dell'assicurato, rilevo che Lei ha indicato che l'interessato "ha sempre presentato una sindrome apatica, abulica, astenica e anedonica, la cui intensità è oscillata a partire dal 2007 da uno stato medio ad uno stato grave". Nonostante la presenza di queste oscillazioni di intensità, la Sua valutazione a proposito della capacità lavorativa residua dell'interessato è sempre rimasta costante, nel senso di considerare RI 1 totalmente inabile al lavoro fin dall'inizio della presa a carico specialistica nel dicembre 2004. A tale proposito, le segnalo che in una precedente causa decisa da questo Tribunale (cfr. STCA 32.2007.323 del 4 febbraio 2009) concernente un altro assicurato, lo specialista in psichiatria incaricato dall'amministrazione di svolgere una perizia aveva posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (ICD10-F33.1), ritenendo l'assicurato in questione inabile al lavoro al 50%. In corso di causa, quell'assicurato ha, per contro, prodotto un referto redatto da alcuni specialisti in psichiatria da lui privatamente consultati, dal quale emergeva la diagnosi di disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale severo senza sintomi psicotici (ICD0-F33.2), patologia che comportava, a mente degli specialisti interpellati, una totale incapacità lavorativa. In quell'occasione, il TCA ha chiesto sia agli specialisti consultati dall'assicurato, sia al perito dell'amministrazione, di spiegare in cosa consistesse la differenza tra episodio depressivo medio e grave. Il perito dell'amministrazione ha spiegato che, in base al sistema diagnostico ICD-10, un episodio depressivo implica che il paziente presenti alcuni elementi psicopatologici. A seconda del numero e della gravità dei sintomi presenti, un episodio depressivo può essere classificato come lieve, moderato oppure grave. I sintomi cui il perito ha fatto riferimento sono i seguenti: - depressione del tono dell'umore; - riduzione dell'energia, stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo; - diminuita attività; - ridotta capacità di provare piacere e interesse; - l'umore varia poco da giorno a giorno ed è spesso insensibile alle circostanze. Analizzando i sintomi appena elencati con riferimento a quanto da lui stesso constatato in occasione della perizia della primavera 2007, il perito è giunto alla conclusione che "essi paiono moderatamente compromessi, ma non in misura completa." Il TCA ha quindi concluso che, fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, l'assicurato era da considerare abile al lavoro al 50%, ritenendo che il peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato, con passaggio del disturbo depressivo ricorrente da una gravità media ad una gravità severa, fosse da valutare in sede di revisione. Alla luce di quanto appena esposto, Le chiedo di volere precisare se, nel caso di specie, l'assicurato debba essere considerato inabile al lavoro in misura completa fin dal dicembre 2004, come da Lei precedentemente attestato, o

se, al contrario, una tale percentuale di inabilità lavorativa sia subentrata solo a seguito del peggioramento della patologia depressiva del signor RI 1, oscillata a partire dal 2007, come da Lei indicato nello scritto del 20 luglio 2010, da uno stato medio ad uno stato grave. Voglia cortesemente motivare la Sua risposta.” (Doc. XXII) Con scritto del 4 ottobre 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha risposto: " Come a lei noto ho sempre considerato il signor RI 1 inabile al 100% dal 24.12.2004. Avevo posto come diagnosi iniziale (momento in cui l'avevo valutato) una depressione maggiore che corrisponde ad un episodio depressivo grave. Tale episodio depressivo insorto già prima di quella data secondo quanto riferito anamnesticamente dal paziente e confermato dal curante dr. med. \_\_\_\_\_ persisteva da più di un anno e si era evoluto verso la cronicità. Il funzionamento del paziente è sempre stato compromesso sia a livello familiare sia a livello sociale da quando l'ho in cura. Da allora ha continuato a presentare stati depressivi da gravi a medi e ho certificato anche nelle fasi di media gravità del suo quadro depressivo un'incapacità lavorativa del 100%, perché nei periodi di moderata gravità del quadro, il suo funzionamento non risultava mai essere tale da permettere un recupero della sua capacità lavorativa; non ha mai raggiunto fasi eutimiche e ha sempre continuato a presentare una sindrome apatica (diminuita attività), abulica, astenica (riduzione dell'energia, stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo) e anedonica (ridotta capacità di provare piacere ed interesse). Il dolore morale aveva determinato nel paziente la completa perdita della progettualità. Tale incapacità lavorativa al 100% è stata, secondo quanto da me valutato, presente, così come da me certificato, dal 24.12.2004 e non è invece stata successiva e cioè a seguito del peggioramento della patologia depressiva. La funzionalità del paziente, secondo quanto da me osservato in questi anni, è sempre stata compromessa in maniera completa, anche nei periodi di moderata intensità. A questo proposito già nei miei rapporti del 05.03.2005, del 11.08.2005 e del 07.11.2005 (che allego) indirizzati all'avv. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ che lo rappresenta nell'ambito delle osservazioni alle annotazioni delle perizie SMR precedenti (dr. med. \_\_\_\_\_ e dr.ssa med. \_\_\_\_\_), specificavo che l'episodio depressivo sviluppato dal paziente comprometteva la sua capacità lavorativa al 100%.” (Doc. XXIV) In data 19 ottobre 2010, il TCA ha nuovamente interpellato la dr.ssa \_\_\_\_\_, chiedendole di fornire le seguenti precisazioni: " (...) Dalla documentazione agli atti, risulta che il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle sue annotazioni del 10 settembre 2009, ha escluso che l'inabilità lavorativa del 100% dell'assicurato possa essere fatta risalire al dicembre 2004, innanzitutto perché: “L'Assicurato stesso si presenta allo sportello AI il 23.02.05 richiedendo copia della perizia SAM perché serve urgentemente al suo medico curante, dr. \_\_\_\_\_, con la quale ha appuntamento lo stesso giorno alle 15.30. Consegna una dichiarazione scritta a mano dalla dr.ssa dove risulta che il sig. RI 1 è suo paziente dal 24.12.04 per stato depressivo non meglio specificato. Tale comportamento appare escludere, in tale data, la presenza di un episodio depressivo grave (F32.2).” Il dr. \_\_\_\_\_ ha poi aggiunto una seconda motivazione, riportando nelle proprie annotazioni quanto indicato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel referto peritale del 14 marzo 2008: “Ritengo peraltro che la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici, sia di fatto poco compatibile con il trattamento a domicilio richiedendo solitamente – specie in situazioni di emergenza familiare quale quella vissuta dall'assicurato – un periodo congruo di ricovero; peraltro certamente non è compatibile con una terapia a base solo di AD in modica quantità mentre è più spesso trattato con politerapie associate anche a base di AD, BZD, modulatori dell'umore ed anche neurolettici e con trattamenti spesso in formula endovenosa per gli AD. Non risultano presenti nell'accurata anamnesi svolta nei due

momenti di incontro con il soggetto né ricoveri anche brevi né altra e più consistente terapia.” Alla luce di quanto sopra, Le chiedo di volere prendere specificatamente e puntualmente posizione riguardo alle due critiche esposte dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR in merito al comportamento tenuto dal signor \_\_\_\_\_ il 23 febbraio 2005 allo sportello AI e circa il trattamento a domicilio dell’interessato, elementi questi che, a dire del medico AI, sono poco compatibili con la diagnosi di episodio depressivo grave già a decorrere dal dicembre 2004. Voglia cortesemente motivare la Sua risposta.” (Doc. XXX) In data 28 ottobre 2010 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha risposto: " Come più volte espresso nei miei precedenti rapporti, ho sempre considerato il signor RI 1 inabile al 100% dal 24.12.2004, presentando al momento della prima visita un quadro depressivo grave, confermatosi successivamente dalle mie osservazioni come una depressione maggiore e confluita in una sindrome depressiva ricorrente con stati depressivi da gravi a medi. Non ho altre osservazioni rispetto alla diagnosi da me posta che corrispondeva allo stato clinico oggettivato al momento del primo colloquio, né alla diagnosi posta successivamente, basata oltre che sulle constatazioni obiettive, sulla valutazione del decorso. Rispetto alla certificazione portata dal paziente al momento del ritiro della perizia SAM nel marzo 2005 datata 24.12.2004 da me stilata, non trattandosi di un rapporto medico dettagliato tale certificato conteneva solo la definizione diagnostica in sede e non era esaustivo rispetto alla gravità, alla descrizione del suo stato psichico, servendo al paziente solo per avere una copia del rapporto peritale. Rispetto a quanto osservato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel suo referto peritale del 14.03.2008 e cioè che la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici sia poco compatibile con il trattamento a domicilio, non sono assolutamente d’accordo. Non tutti i pazienti affetti da depressione grave vengono ospedalizzati. La tendenza da più di un decennio è quella di trattare fin quando è possibile il paziente ambulatorialmente, evitando così il suo disinserimento dal contesto familiare e sociale se non esistono motivi di grave conflitto e il ricovero avviene quando la suicidalità del paziente è così alta da far temere un passaggio all’atto in senso auto lesivo, cosa RI 1. La prescrizione della terapia farmacologica allo stesso è da me stata effettuata secondo le regole dell’arte e secondo i dosaggi terapeutici seguiti nelle linee guida, cercando sempre un dosaggio che tenesse conto dell’efficacia clinica e della tollerabilità. Non ho altre osservazioni da fare se non ribadire la posizione e cioè che non ho dubbi rispetto alla diagnosi da me posta, né rispetto al trattamento avvenuto secondo le regole dell’arte effettuato allo stesso. Purtroppo il decorso è stato sfavorevole, come già ampiamente riportato in altri miei precedenti rapporti.” (Doc. XXXI) Nelle sue annotazioni del 19 novembre 2010, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " Non ho ulteriori osservazioni. La mia presa di posizione è già stata ampiamente espressa con le precedenti annotazioni del 04.02.10, 09.04.10 e 29.07.10.” (Doc. XXXIV/bis) 2.8. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 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 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). 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). In una sentenza pubblicata in DTF 123 V 175, il Tribunale federale ha rilevato che, con l'entrata in vigore, il 1° giugno 1994, del nuovo statuto, è stato ancorato il concetto di indipendenza e di imparzialità dei periti dei centri medici d'accertamento dell'AI, che già esisteva in precedenza. Questa giurisprudenza è poi stata confermata in una sentenza pubblicata in DTF 132 V 376, nella quale l'Alta Corte ha deciso che i diritti di

partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA devono essere osservati anche quando una perizia è affidata ad un centro d'accertamento medico (SAM). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) In una sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009, il Tribunale federale ha sottolineato che un rapporto del SMR ha lo stesso valore di una perizia amministrativa, anche se è stato redatto senza avere visitato personalmente l'assicurato. Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008

pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.9. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permetta di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Agli atti figurano, da un canto, le certificazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ - medico che, in qualità di specialista, ha avuto (ed ha) in sua cura RI 1 - e, d'altro canto, la perizia amministrativa del dr. \_\_\_\_\_ SMR. Di principio, questi referti possono essere presi in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove. In effetti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo contenuto, piuttosto che la sua provenienza. Ora, pur tenendo conto che alle certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M, U 202/01, consid. 2b/bb) - va riconosciuto un valore di prova limitato - e ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.) e in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), di modo che, in caso di lite, non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2) - resta il

fatto che nella presente fattispecie l'opinione espressa dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, la quale ha peraltro fornito a questa Corte approfondite precisazioni tramite gli scritti del 20 luglio 2010, del 4 ottobre 2010 e del 28 ottobre 2010 di risposta ai quesiti del TCA (cfr. consid. 2.8.), risulta più convincente rispetto a quella sostenuta dal medico interpellato dall'amministrazione. Va qui infatti sottolineato come la dr.ssa \_\_\_\_\_ abbia sempre attestato che l'assicurato, fin dal dicembre 2004 – corrispondente al momento di inizio della presa a carico specialistica – fosse affetto da una sindrome depressiva maggiore, che lo rendeva totalmente inabile al lavoro. La curante ha sempre mantenuto, nel corso degli anni, la propria opinione circa la presenza di uno stato depressivo grave, totalmente invalidante (cfr. scritto del 5 marzo 2005, doc. 33/8-11; scritto del 10 agosto 2005, doc. 50/30-31; scritto del 7 novembre 2005, doc. 55/5-7; scritto del 9 gennaio 2009, doc. 88/11-12; scritto del 22 luglio 2009, doc. 104/1-2). Lo stesso non può dirsi a proposito delle valutazioni peritali eseguite da diversi specialisti del settore, su incarico dell'UAI, che si sono susseguite nel tempo. Nel referto peritale del 26 dicembre 2004, redatto per conto del SAM, infatti, il dr. \_\_\_\_\_ indicava che l'assicurato era affetto da tratti caratteriali disadattati (ICD10-F43.2), ritenendolo inabile al lavoro nella misura del 20% (doc. 39-4). Nonostante le critiche espresse dalla curante dell'interessato nei confronti della perizia citata (cfr. doc. 42-1), con scritto del 6 giugno 2005, il dr. \_\_\_\_\_ aveva ribadito la correttezza della propria valutazione (doc. 46-1). A seguito del rinvio degli atti all'amministrazione per eseguire nuovi accertamenti disposto dal TCA (doc. 69/2-26), la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel referto peritale del 14 marzo 2008, redatto nell'ambito di una perizia pluridisciplinare SAM, poneva la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2), ritenendo l'assicurato inabile al lavoro al 20% (doc. 81-31). A fronte delle nuove contestazioni della psichiatra curante (doc. 88-11), l'interessato veniva nuovamente sottoposto ad esame peritale da parte del dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel referto del 17 aprile 2009, poneva – concordando in tal modo con quanto sempre sostenuto dalla psichiatra curante – la diagnosi di depressione maggiore (ICD10-F32.2), considerando l'assicurato inabile al lavoro al 100%. Il dr. \_\_\_\_\_, diversamente dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, situava tuttavia l'insorgenza della totale incapacità lavorativa nel mese di gennaio 2009, a seguito di un peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato (doc. 95-5). Il dr. \_\_\_\_\_ ha infatti rilevato che “se nel 2004 il dr. \_\_\_\_\_ aveva posto la diagnosi di sindrome da disadattamento, dopo 4 anni la dr.ssa \_\_\_\_\_ parla di sindrome ansioso-depressiva, ora nell'aprile 2009 si può in effetti parlare di depressione maggiore” (doc. 95-5). A fronte di questa nuova perizia dell'amministrazione, la curante ha nuovamente contestato il parere espresso dal perito dell'amministrazione, evidenziando, nel suo scritto del 22 luglio 2009, come l'assicurato presentasse già un episodio depressivo grave al momento dell'inizio della presa a carico il 24 dicembre 2004, con conseguente totale incapacità lavorativa a partire da tale momento (doc. 104-1). Preso atto delle contestazioni espresse dalla psichiatra curante, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle annotazioni del 10 settembre 2009, ha sottolineato di non essere in grado di prendere una posizione obiettiva sulla incapacità lavorativa dell'assicurato dal 24 dicembre 2004 al momento della sua valutazione peritale, aggiungendo che “appare probabile una oscillazione della funzionalità dell'assicurato in questo periodo, non si possono escludere periodi di IL totale alternati ad altri di funzionalità migliore, ma non ho elementi oggettivi per determinare con assoluta certezza la loro durata” (doc. 107). Nelle successive annotazioni del 4 febbraio 2010, il dr. \_\_\_\_\_ ha ribadito di “non essere in grado di confermare una IL del 100% continua in qualsiasi attività per motivi psichici dal 24 dicembre 2004 al momento della visita SMR del 6 aprile 2009” (doc.

IV/bis). La dr.ssa \_\_\_\_\_, per contro, nello scritto del 20 luglio 2010 di risposta alla richiesta di chiarimenti di questo Tribunale, ha spiegato in maniera esaustiva l'evoluzione dello stato psichico dell'assicurato, confermando ancora una volta come lo stesso sia sempre stato, fin dall'inizio della sua presa a carico specialistica, totalmente inabile al lavoro a causa di uno stato depressivo maggiore (doc. XVI). Rispondendo poi ad un'ulteriore richiesta del TCA di precisare - alla luce della giurisprudenza di cui alla STF 9C\_907/2008 del 5 maggio 2009 - se la totale incapacità lavorativa dell'assicurato fosse presente fin dal dicembre 2004, oppure fosse subentrata solo successivamente al peggioramento della patologia depressiva, oscillata a partire dal 2007, da uno stato medio a uno grave, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha nuovamente confermato, con scritto del 4 ottobre 2010, che l'assicurato è sempre stato, fin dal 24 dicembre 2004, totalmente inabile al lavoro (doc. XXIV). La psichiatra curante ha infatti ribadito che l'interessato, anche nei periodi di moderata gravità del quadro clinico, è sempre stato totalmente inabile al lavoro in quanto "il suo funzionamento non risultava mai essere tale da permettere un recupero della sua capacità lavorativa; non ha mai raggiunto fasi eutimiche e ha sempre continuato a presentare una sindrome apatica (diminuita attività), abulica, astenica (riduzione dell'energia, stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo) e anedonica (ridotta capacità di provare piacere ed interesse). Il dolore morale aveva determinato nel paziente la completa perdita della progettualità" (doc. XXIV). Inoltre e soprattutto, nello scritto del 28 ottobre 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_, prendendo puntualmente posizione in merito alle critiche espresse dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ riguardo al trattamento a domicilio dell'interessato - a suo avviso poco compatibile con la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici - ha nuovamente sottolineato che l'assicurato deve essere considerato inabile al 100% fin dal 24 dicembre 2004. La psichiatra curante ha, in particolare, evidenziato che non tutti i pazienti affetti da depressione grave vengono ospedalizzati, spiegando che "la tendenza da più di un decennio è quella di trattare fin quando è possibile il paziente ambulatorialmente, evitando così il suo disinserimento dal contesto familiare e sociale se non esistono motivi di grave conflitto" (doc. XXXI). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha inoltre messo in rilievo il fatto che "la prescrizione della terapia farmacologica allo stesso è da me stata effettuata secondo le regole dell'arte e secondo i dosaggi terapeutici seguiti nelle linee guida, cercando sempre un dosaggio che tenesse conto dell'efficacia clinica e della tollerabilità" (doc. XXXI). Pertanto, alla luce di questi elementi e, in particolare, delle chiare risposte della dr.ssa \_\_\_\_\_, il TCA ritiene di potere dare maggiore credito alle affermazioni della specialista curante quanto al momento dell'insorgenza della totale incapacità lavorativa dell'assicurato, visto che lo stesso dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha in definitiva concordato con la psichiatra curante quanto alla patologia che affligge l'interessato e alla conseguente totale incapacità lavorativa che ne deriva. Egli non ha peraltro neppure indicato per quali motivi il peggioramento sarebbe avvenuto nel 2009. In tale contesto va ricordato che il Tribunale federale - a proposito del principio sopra esposto secondo cui alle certificazioni del medico curante, anche se specialista, va riconosciuto un valore di prova limitato in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente - ha già avuto modo di sottolineare che non va tuttavia dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa circostanza assume, nel caso di specie, un'importanza decisiva. Stante

quanto sopra esposto, dunque, questo Tribunale ritiene che l'assicurato non può essere considerato inabile al lavoro nella misura del 100% solo dal mese di gennaio 2009, come valutato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR. Deve per contro essere ritenuto dimostrato, con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211), che l'assicurato è inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività fin dall'inizio della presa a carico specialistica presso la dr.ssa \_\_\_\_\_, così come espressamente indicato dalla specialista curante, da ultimo, nei suoi scritti di risposta al TCA del 20 luglio 2010 (doc. XVI), del 4 ottobre 2010 (doc. XXIV) e del 28 ottobre 2010 (doc. XXXI). Alla luce di quanto appena esposto, la decisione impugnata del 10 dicembre 2009 - con la quale l'UAI ha attribuito all'interessato un quarto di rendita di invalidità (grado AI 44%) dal 1° marzo 2009 e una rendita intera di invalidità (grado AI del 100%) a partire dal 1° giugno 2009 (doc. A1) - va annullata. Essendo l'assicurato inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività dal 24 dicembre 2004, ne consegue che, annullata la decisione contestata, egli ha diritto, terminato il periodo di carenza di un anno ex art. 28 cpv. 1 LAI, ad una rendita intera d'invalidità dal 1° dicembre 2005, in applicazione dell'art. 29 cpv. 3 LAI - il quale prevede che la rendita è versata dall'inizio del mese in cui nasce il diritto .

2.10. Parzialmente v incante in causa, il ricorrente, rappresentato da un legale , ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 lett. g LPGGA). 2.11. 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, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 200.-- in misura di fr. 150.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 50.-- a carico del ricorrente.

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