

## **TI\_GERICHTE 32.2010.209 vom 18. Juni 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-06-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.209](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.209)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.209 du 18 juin 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.209 del 18 giugno 2010

### **Regeste**

Richiesta di una rendita AI respinta in assenza di un grado d'invalidità pensionabile

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

#### **E. 2**

Con le osservazioni del 20 maggio 2010 l'insorgente ha chiesto di essere sottoposto ad una perizia pluridisciplinare prima dell'emissione della decisione formale (doc. AI 71). Nella decisione del 18 giugno 2010 l'amministrazione ha stabilito che la documentazione medica presentata (certificato del dr. med. \_\_\_\_\_) non ha apportato alcun elemento medico atto a poter modificare le conclusioni precedenti ed ha confermato il progetto di decisione del 3 maggio 2010 (doc. AI 75-2). Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STFA del 29 giugno 2006 nella causa J. e D., H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art.

#### **E. 4**

cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione e di poterla impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). In concreto l'amministrazione, seppur implicitamente, ha preso posizione sulla richiesta dell'insorgente di sottoporlo ad una perizia pluridisciplinare, ritenendola di fatto inutile poiché gli atti medici già acquisiti sono

sufficienti per decidere nel merito della richiesta e quello prodotto in sede di osservazioni al progetto di decisione non apporta, secondo l'UAI, nulla di nuovo. Inoltre nel caso di specie il ricorrente ha ancora potuto far valere le sue ragioni innanzi un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, come l'istanza precedente. Per cui, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito, che del resto non è neppure è stata sollevata dall'insorgente, è stata comunque sanata in questa sede, dove l'insorgente ha nuovamente ribadito le sue motivazioni e ha potuto produrre ulteriore documentazione (cfr. sentenza 9C\_738/2007 del 29 agosto 2008; DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 127 V 431). Il TCA deve pertanto entrare nel merito del ricorso. Nel merito 3. Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la modifica del 6 ottobre 2006 della legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI), di altre leggi federali nonché della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (5a revisione dell'AI; RU 2007 5129 e segg.). Per la disanima del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale, secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1 pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329). Ne discende che nel caso in esame si applicano le norme sostanziali in vigore fino al 31 dicembre 2007 per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre per il periodo successivo dal 1° gennaio 2008 al 18 giugno 2010 seguente, data della decisione impugnata, che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), trovano applicazione le nuove norme (sentenza 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009). Va qui rilevato che la 5a revisione dell'AI non ha modificato in maniera sostanziale le disposizioni legali sulla valutazione del grado d'invalidità. La giurisprudenza fondata sulle norme precedenti mantiene pertanto la sua validità (cfr. sentenza 8C\_76/2009 del 19 maggio 2009, consid. 2).

4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI (cpv. 2 dal 1° gennaio 2008) prescrive che 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). 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, sentenza del 26 giugno 2003 consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 5. Nel caso concreto alla luce dei certificati medici prodotti dal ricorrente, l'UAI ha fatto allestire una perizia psichiatrica ad opera del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale, in data 15 dicembre 2009, ha esaminato l'insorgente nel corso di una visita durata circa un'ora e mezza (doc. AI 65-2). Dal referto, datato 15 dicembre 2009, emerge che lo specialista, dopo aver riassunto l'anamnesi familiare, sociale, lavorativa e clinica, nonché i dati soggettivi dell'assicurato e le constatazioni obiettive, ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome mista ansioso-depressiva di lieve-media entità (ICD10 F41.2) nell'ambito di problemi correlati a circostanze economiche (ICD10 Z59) e alla disoccupazione (CID10 Z56) esistente da aprile 2007 (doc. AI 65-5). A proposito della valutazione e della prognosi il perito ha affermato: " Il peritando è una persona primariamente sana e che sembra avere funzionato adeguatamente sul piano sociale-lavorativo fino al 2003 quando sviluppa una condizione ansio-depressiva reattiva al fallimento del proprio matrimonio e alla difficoltà a reinserirsi in ambito occupazionale dopo la perdita del posto di lavoro. Per tale psicopatologia si fa seguire ambulatorialmente dallo psichiatra Dr. \_\_\_\_\_ le cui valutazioni portano all'attribuzione di una rendita AI completa da settembre 2004 alla fine dello stesso anno ed al 50% per tutto il mese di gennaio 2005. Dal canto proprio il peritando interrompe il trattamento specialistico ma lo riprende nel 2007, questa volta con la psichiatra Dr.ssa \_\_\_\_\_, per uno stato di patimento caratterizzato da umore depresso, ansia, ritiro sociale, importante insonnia e saltuari stati confusionali, il tutto apparentemente mascherato dalla reazione all'incidente automobilistico subito alcuni mesi prima ma di fatto reattivo alla difficoltà di rientrare nel

circuito lavorativo e soprattutto alle precarie condizioni finanziarie in cui il peritando versa e che lo portano ad interrompere la presa a carico psichiatrica con la stessa psicoterapeuta una prima volta a gennaio 2008 e una seconda volta nella primavera di quest'anno. E' infatti attualmente seguito dal solo medico curante con una farmacoterapia limitata ad un ipnoinduttore. L'impressione suscitata durante l'attuale valutazione è che lo stato di patimento in cui versa sembra essere dettato più che altro da sfavorevoli condizioni sociali che non da un effettivo impedimento di natura psichica. Egli infatti pur presentando una condizione ansio-depressiva ha ammesso che se riuscisse a trovare una qualsiasi occupazione che ritiene adeguata alle proprie capacità non avrebbe problemi a riprendere a lavorare. In pratica il peritando non lavora non perché è depresso ma è depresso perché non riesce a trovare un lavoro adeguato alle proprie capacità. Si tratta come si vede di una evidente compromissione sul piano sociale ma che come in tutte le situazioni di questo tipo non può che ripercuotersi sulla sanità psichica. Se tuttavia restringiamo il campo alla sola inabilità lavorativa per esclusivi motivi psichici possiamo concludere che la capacità lucrativa del peritando è limitata dallo stato di patimento psichico in atto per non più del 30% in qualsiasi attività lucrativa. Il rischio di mantenerlo in questa situazione di inattività è quello di fargli perdere in modo definitivo la propensione al lavoro dimostrata in passato, che necessita attualmente di essere sostenuta e rafforzata attraverso una regolare presa a carico psicoterapica che certamente lo porterebbe al recupero di una sufficiente condizione timica e della necessaria stabilità emotiva, che gli darebbero la possibilità di riguadagnare quei margini funzionali che attualmente sembrano avere come unico ostacolo il fatto di trovare il modo di realizzarsi anche perché nel corso dell'attuale indagine psichiatrica non sono emersi elementi deponenti per un grave stato depressivo o sintomi ansiosi incoercibili o una destrutturazione patologica della personalità.

**B. Conseguenze sulla capacità di lavoro**  
Le menomazioni qualitative e quantitative a livello psicologico e mentale sono essenzialmente legate alla condizione ansioso-depressiva di lieve-media entità obiettivata, che compromette la capacità lavorativa del peritando, come autista ed in qualsiasi altra attività lucrativa, in misura non superiore al 30% da aprile 2007, epoca in cui giunge all'osservazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ e da allora è rimasta sostanzialmente imm modificata. Va precisato che tale grado di inabilità lavorativa va intesa nell'ambito di un'attività esercitata in percentuale completa.

**C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione**  
Il peritando presenta risorse psichiche sufficienti per essere inserito in un programma di integrazione. Va tuttavia precisato che con una terapia di sostegno ed un'analisi accurata degli avvenimenti che l'hanno portato all'attuale stato di malessere psichico, nonché con una farmacoterapia mirata, è teoricamente possibile che il peritando possa riprendere l'attività di autista precedentemente esercitata." (doc. AI 65-7)

Sulla base della citata perizia, il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, l'8 gennaio 2010, posta la diagnosi principale di sindrome ansioso-depressiva di lieve-media entità nell'ambito di problemi correlati a circostanze economiche e alla disoccupazione ha confermato la presenza di un'incapacità lavorativa del 30% sia nella precedente attività che in qualsiasi attività confacente al suo stato di salute a partire da aprile 2007 (doc. AI 66-2). In sede di osservazioni al progetto di decisione, l'insorgente ha prodotto un certificato del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia, del 17 maggio 2010, il quale ha affermato: " A seguito di un incidente frontale d'auto nel 2005, il signor RI 1 è entrato in uno stato depressivo-ansioso persistente con progressivo peggioramento nonostante le cure psichiatriche effettuate finora da vari psichiatri. Da quando egli è venuto in mia cura dal 18.08.2009, ho potuto annotare lo stato di grave deperimento psico-organico, di cui era affetto con un'ampia gamma di

disturbi e sintomi che si possono riassumere in questi termini: eccessiva debolezza, stancabilità, irritabilità, con parestesie moleste in tutto il corpo, difficoltà ad affrontare le varie situazioni della vita, da cui delusioni, frustrazioni ripetute, senso di sfiducia in sé stesso e verso gli altri, diminuzione della memoria e modificazioni improvvise dell'umore e della emotività, tutti disturbi psichici che si intrecciano con i disturbi funzionali a meccanismo neuro-vegetativo dei vari organi quali cervello con crisi persistenti di insonnia con emozioni prolungate a carattere di incubi, disturbi del fegato con difficoltà e cattiva digestione, perdita di equilibrio con varie cadute, motivo per cui è venuto da me. I disturbi sensitivi sono oramai quasi sempre presenti e si tratta, con le cadute, di parestesie, iperestesie e dolori ora localizzati in questa o in quella parte del corpo, ora vaganti, con senso di costrizione al torace, formicolii alle spalle, alle mani, alla faccia, senso di punture, di pulsazioni alle orecchie, o di stiramento della pelle. La costante persistenza di disturbi neurovegetativi con il preminente carattere psichico dei disturbi accusati fa collocare senza alcun dubbio il caso del signor RI 1 fra le malattie mentali e tali da impedire ogni possibilità di ripresa del lavoro (doc. AI 71-3) Sulla base della predetta documentazione, il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha affermato: " Dal punto di vista medico non vengono apportate novità che possano cambiare la valutazione basata sulla perizia psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_ del 15.12.2009 che descrive i disturbi dell'A, pone una diagnosi psichiatrica secondo ICD10, ne descrive risorse e limiti. Si sottolinea l'importanza dei fattori socio economici di questo 39 enne assicurato in assistenza. Nella sua lettera il medico di famiglia (dal 18.08.2009) elenca una lista di disturbi neurovegetative di cui riconosce l'origine psichica. Questa valutazione non cambia il giudizio sulla CL emerso dalla perizia. Si fa notare che l'A. può chiedere l'aiuto al collocamento, che non ha richiesto finora (vedi rapporto CIP del 30.04.2010)." (doc. AI 74-1) In sede di ricorso l'insorgente ha presentato un certificato del 5 luglio 2010 del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia, il cui tenore è identico a quello del 17 maggio 2010 (doc. AI 71-3).

## **E. 6**

Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere

in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; 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; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il 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 (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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). 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 (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Va ancora evidenziato che 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 (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiate 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 del 4 luglio 2007, I 384/06). 7. Questo TCA chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la perizia psichiatrica del 15 dicembre 2009 del dr. med. \_\_\_\_\_, che, dopo aver posto la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva di lieve-media entità (ICD10 F 41.2) nell'ambito di problemi correlati a circostanze economiche (ICD10 Z59) e alla disoccupazione (ICD10 Z56) ha accertato una incapacità lavorativa del 30% nella precedente attività, così come in qualsiasi altra attività confacente al suo stato di salute. Il perito ha infatti valutato ed esaminato in maniera completa i punti litigiosi, si è fondato su esami approfonditi, ha preso in conto tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, in piena conoscenza dei suoi antecedenti e la perizia, motivata, è chiara nell'esposizione delle correlazioni mediche e nell'apprezzamento della situazione medica. Il referto, che giunge a risultati concludenti, non sussistendo indizi concreti che possano mettere in causa la sua credibilità, dispone di forza probatoria piena. 8. L'insorgente chiede di rinviare l'incanto all'UAI per una nuova e più approfondita valutazione medico psichiatrica. Egli fa valere di trascorrere notti insonni, di avere incubi ricorrenti dovuti al sinistro automobilistico avvenuto alcuni anni fa, di avere crisi di identità ed assenza di autostima che nessuna terapia ha saputo curare. L'insorgente sostiene che la visita presso il perito incaricato dall'UAI non ha "aiutato a centrare il problema", poiché si è trattato di una visita di un'ora circa nel corso della quale sono state poste unicamente domande di carattere personale e privato (doc. I). A sostegno delle sue argomentazioni, e meglio della richiesta di una nuova valutazione psichiatrica, l'interessato in sede di ricorso ha prodotto un certificato del proprio medico curante, Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia, del 5 luglio 2010 (do. C), in tutto simile a quello del 17 maggio 2010, del medesimo specialista (doc. AI 71-3), e già valutato dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 74-1). Il curante, dopo aver rammentato che l'insorgente è stato vittima di un incidente frontale con l'automobile nel corso del 2005, ha descritto i sintomi ed i disturbi psichici di cui è affetto il proprio paziente (eccessiva debolezza, stancabilità, irritabilità, parestesie moleste in tutto il corpo, difficoltà ad affrontare le varie situazioni della vita, da cui delusioni, frustrazioni ripetute, senso di

sfiducia in sé stesso e verso gli altri, diminuzione della memoria e modificazioni improvvise dell'umore e della emotività), che si intrecciano con i disturbi funzionali a meccanismo neuro-vegetativo dei vari organi quali il cervello con crisi persistenti di insonnia con emozioni prolungate a carattere di incubi, disturbi al fegato con difficoltà e cattiva digestione, perdita di equilibrio con varie cadute. Il curante ha attestato che i disturbi sensitivi sono sempre presenti, e si tratta, con le cadute, di parestesie, iperestesie e dolori ora localizzati in questa o quella parte del corpo, ora vaganti, con senso di costrizione al torace, formicolii alle spalle, alle mani, alla faccia, senso di punture, di pulsazioni alle orecchie o di stiramento della pelle. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha infine affermato che questi disturbi neurovegetativi hanno un preminente carattere psichico e colloca il caso del ricorrente fra le malattie mentali, tali da impedire ogni ripresa lavorativa. Per quanto concerne la contestazione secondo cui la visita del dr. med. \_\_\_\_\_ sarebbe durata circa un'ora (dal referto peritale emerge invece che il colloquio con il paziente è stato di un'ora e mezzo, cfr. doc. AI 65), il TF ha già avuto modo di rilevare che il valore probatorio di un rapporto medico non dipende di massima dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. sentenza 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti). Quanto agli aspetti sollevati dal dr. med. \_\_\_\_\_, medico curante del ricorrente (cfr., per quanto concerne il valore probatorio delle valutazioni dei medici curanti, consid. 6: 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; cfr. DTF 125 V 353), e non specialista in psichiatria, va innanzitutto evidenziato che il perito, dr. med. \_\_\_\_\_, nel referto del 15 dicembre 2009, ha preso in considerazione l'incidente frontale (avvenuto nel 2006 secondo il perito, la dr.ssa \_\_\_\_\_ [doc. AI 30-1] ed il dr. med. \_\_\_\_\_ [doc. \_\_\_\_\_ 7-4] e nel 2005 secondo il medico curante dr. med. \_\_\_\_\_ [cfr. doc. C]) di cui è stato vittima l'interessato, nonché di ulteriori avvenimenti sfortunati che hanno colpito l'interessato (tra cui un incidente domestico nel 2007 ed un incidente automobilistico nel 2008) e delle conseguenze che questi accadimenti hanno avuto sullo stato di salute dell'assicurato (doc. AI 65-4). Il perito ha in particolare tenuto conto dell'ansia, dell'insonnia, dell'isolamento e degli episodi di confusione mentale insorti in seguito al primo incidente della circolazione descritti dal dr. med. \_\_\_\_\_ (in particolare la stanchezza, l'apatia, il nervosismo, l'assenza di interesse, la difficoltà nel ricordare le date, doc. AI 65-4 e 5), peraltro presenti almeno dal 18 agosto 2009 (doc. C), ossia da prima della valutazione del perito e dell'emissione della decisione impugnata (doc. AI 71-3). Per il resto il curante, specialista in chirurgia, non ha posto una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta (ma ha affermato che vi è uno "stato depressivo-ansioso persistente"). Certo, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha rilevato la presenza di disturbi neurovegetativi che, oltre alle insonnie persistenti con emozioni prolungate a carattere di incubi, già prese in considerazione dal perito, provocano anche disturbi sensitivi che portano a parestesie, iperestesie e dolori localizzati (doc. C). Tuttavia, lo stesso curante rileva che si tratta di disturbi con preminente carattere psichico (pertanto di una patologia oggetto della valutazione peritale), già presenti dal 18 agosto 2009 (cfr. doc. C: "Da quando egli è venuto in mia cura dal 18.08.2009, ho potuto annotare lo stato di grave deperimento psico-organico, di cui era affetto con un'ampia gamma di disturbi e sintomi che si possono riassumere in questi termini: (...) che si intrecciano con i disturbi funzionali a meccanismo neuro-vegetativo (...)"), sottolineatura del redattore), ossia da prima dell'esame peritale. Ora il dr. med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che "è infatti attualmente

(n.d.r.: ossia il 15 dicembre 2009) seguito dal solo medico curante con una farmacoterapia limitata ad un ipnoinduttore” (doc. AI 65-6, sottolineatura del redattore). L’interessato si limitava pertanto a seguire una terapia blanda e nel successivo certificato del 17 maggio 2010 (e in quello del 5 luglio 2010, peraltro identico) il curante, dr. med. \_\_\_\_\_, non indica di aver dovuto aumentare o modificare la somministrazione di medicinali. Rilevato inoltre che il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha preso posizione sulla nuova certificazione prodotta in sede di osservazioni al progetto di decisione, evidenziando che dal punto di vista medico non vengono apportate novità che possano cambiare la valutazione della capacità lavorativa (cfr. doc. AI 74-1), questo Tribunale non ha motivo di scostarsi dalle conclusioni del dr. med. \_\_\_\_\_. Va qui evidenziato 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 (sentenza 9C\_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.4). Non va poi dimenticato che ancora di recente, con sentenza 9C\_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l’assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C\_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). La circostanza che anche il medico curante è uno specialista va relativizzata nel senso 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 (cfr. sentenza 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, cfr. anche sentenze 9C\_607/2007 dell’11 aprile 2008, consid. 5.3, 9C\_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, e I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2). Inoltre, va ribadito che queste conclusioni sono state confermate dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_. A questo riguardo va ricordato che per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per l’AI secondo l’articolo 6 LPGA - di esercitare un’attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l’UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Inoltre il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell’ambito dell’assicurazione per l’invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico

curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni del dr. med. \_\_\_\_\_ e del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C\_376/2007 del 13 giugno 2008), a giusta ragione l'UAI ha concluso che l'insorgente è abile al lavoro al 70% nella sua precedente attività ed in ogni altra professione. In queste condizioni la richiesta di procedere con una nuova valutazione in ambito psichiatrico va respinta. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungs-verfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 9. In concreto, ritenuto che l'incapacità lavorativa del ricorrente nella sua precedente attività lucrativa di autista è del 30%, l'assicurato non ha diritto ad alcuna rendita. Infatti, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito

tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di tutto quanto esposto il ricorrente, per ridurre il danno, deve continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua precedente professione di autista. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di incapacità lavorativa del 30% del ricorrente nella precedente attività non raggiunge il grado minimo di invalidità pensionabile (40%), non vi sono i presupposti per concedergli una rendita. In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b). A questo proposito nella sentenza I 759/2005 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha rammentato che: " Du moment que l'intéressé est capable d'exercer son ancienne profession, une comparaison des revenus en pour-cent est indiquée (cf. ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Ainsi, le revenu d'invalidé qu'il pourrait escompter gagner en mettant à profit sa capacité de travail correspond au minimum à 80% du revenu réalisable sans invalidité, dès lors que les experts du MEDAS ont attesté une diminution de rendement - de la capacité de travail - de 10% à 20%. Son incapacité de gain doit donc être fixée à 20% au maximum, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité." In concreto l'insorgente nella precedente professione di autista è incapace al lavoro nella misura del 30% dall'aprile 2007, ciò che non gli permette di avere diritto ad una rendita (cfr. anche sentenza 32.2010.69 del 9 dicembre 2010 e sentenza 32.2010.197 del 15 dicembre 2010), come calcolato dall'UAI. Ne segue che la decisione dell'amministrazione che ha respinto il diritto a prestazioni è corretta. 10. L'insorgente, ritenuta l'incapacità lavorativa del 30% (ossia superiore al 20%), sostiene che l'UAI avrebbe in ogni caso dovuto presentargli un piano concreto di aiuto al collocamento ed accenna, in coda al ricorso, alla possibilità di riqualifica in una diversa professione. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LAI gli assicurati invalidi o direttamente minacciati d'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione necessari e atti a ripristinare, migliorare, conservare o migliorare la loro capacità di guadagno o la loro capacità di svolgere mansioni consuete. Per stabilire tale diritto deve essere considerata tutta la durata probabile della vita professionale rimanente. Fra i provvedimenti d'integrazione concessi in virtù della LAI sono previsti pure i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 lett. b LAI), che comprendono l'orientamento professionale (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riforma professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18b LAI). L'art. 17 cpv. 1 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa

formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). 11. In concreto, pur essendo il grado d'invalidità superiore alla soglia del 20% la decisione dell'UAI merita conferma. Infatti, la circolare sui provvedimenti d'integrazione e di ordine professionale prevede: " 4010 Le seguenti condizioni devono essere adempiute cumulativa-mente: – a causa di un'invalidità imminente o esistente la persona assicurata non è più in grado di esercitare la precedente professione o di compiere le mansioni consuete, lucrative o no; – la persona assicurata deve essere idonea all'integrazione, ossia essere oggettivamente e soggettivamente in grado di sottoporsi con successo ai provvedimenti di formazione professionale; – la formazione deve essere compatibile con l'invalidità e corrispondere alle capacità della persona assicurata. Deve essere inoltre semplice ed adeguata e offrire possibilità di guadagno pressappoco equivalenti a quelle della precedente attività. Non sono rimborsate le spese di una formazione che non prospetta una prestazione lavorativa economicamente valorizzabile. (...) 4013 Se una persona assicurata è sufficientemente integrata o se può esserle procurato un posto di lavoro adeguato ed esigibile senza una formazione supplementare, una riforma professionale non è necessaria." Nel caso di specie l'UAI ha precisato che misure d'ordine professionale, volte al conseguimento di una qualifica di base, non risultano attuabili. A questo proposito la consulente in integrazione ha rilevato di concordare con le conclusioni già espresse nel precedente rapporto del 1° settembre 2005 (doc. AI 68-1). In quell'occasione la consulente che si era occupata del caso aveva affermato: " (...) a mio avviso la difficoltà nel reperire un impiego lavorativo è legata alla sfavorevole situazione congiunturale. In considerazione del fatto che il danno alla salute non cagiona particolari limitazioni mediche si ritiene che l'A. abbia tutte le potenzialità per presentarsi senza particolari elementi di sfavore sul mercato del lavoro. (...) La presenza sul mercato del lavoro di attività direttamente accessibili e confacenti con il danno alla salute, induce a concludere che il signor RI 1 sia direttamente integrabile nel ciclo produttivo tramite i normali canali di collocamento." (doc. AI 19-3) Alla luce di quanto sopra esposto è a giusta ragione che l'UAI ha deciso di non accordare una riforma professionale (cfr. anche sentenza 32.2008.204 del 24 giugno 2009 e sentenza 32.2010.10 del 13 settembre 2010). Per quanto concerne l'aiuto al collocamento, con la decisione impugnata l'amministrazione non ha respinto la domanda, ma ha indicato di restare a disposizione, su specifica richiesta, per aiutare l'insorgente in tal senso. Per cui la censura si rivela infondata. Vista la domanda contenuta nel ricorso, il medesimo, insieme all'incarto completo, va trasmesso all'amministrazione affinché lo tratti come un'istanza di aiuto al collocamento. 12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente.