

## **TI\_GERICHTE 32.2012.130 vom 16. April 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-04-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.130)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.130 du 16 avril 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.130 del 16 aprile 2012

### **Regeste**

A giusta ragione l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata. Confermata valutazione psichiatrica del CPAS

### **Erwägungen**

#### **E. 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 ). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V

446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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. CFPG, 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.6. Nella

concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal CPAS, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati.

L'assicurato è stato infatti sottoposto ad un accurato esame grazie al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e della Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che nel referto del 20 gennaio 2012 hanno diagnosticato uno “ Disturbo dell'adattamento evoluto in Episodio depressivo di grado lieve (ICD 10 F 32.0)” (doc. AI 82-7). A mente degli specialisti i deficit del paziente sono legati all'attuale fase depressiva e consistono in un tono dell'umore deflesso ed irritabile, in un disturbo del sonno e in un rallentamento psicomotorio (doc. AI 82-12). I periti hanno confermato la valutazione effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ rilevando una “ situazione di disadattamento, legata principalmente alla perdita del lavoro, che garantiva all'assicurato, oltre alla sussistenza economica, un ruolo sociale, delle frequentazioni dal punto di vista relazionale e un'occupazione del tempo ”. Non essendovi più questi fattori si è instaurato un meccanismo di tipo regressivo, che ha visto l'assicurato porre un'attenzione sempre maggiore ai disturbi fisici già presenti in passato e non invalidanti (doc. AI 82-10). Il quadro clinico dell'assicurato si è cronicizzato e le spinte regressive sono aumentate, fino a giungere – sempre secondo i periti del CPAS – alla condizione attuale, che configura la presenza di un episodio depressivo di grado lieve (doc. AI 82-11). Al contrario di quanto indicato dal medico curante non viene invece posta la diagnosi di un episodio depressivo di grado medio, in quanto RI 1 presenta un umore deflesso ed irritabile ma senza una perdita di interesse per le attività piacevoli. La diminuita energia è da ricondurre ai dolori e consente comunque di svolgere un'attività fisica piuttosto intensiva. “ Non sono inoltre presenti sentimenti inadeguati di autobiasimo o di colpa, pensieri ricorrenti di morte, alterazioni dell'appetito, di attenzione e concentrazione né riportare a livello soggettivo né oggettivate ”. L'immagine personale non è compromessa da vissuti di disistima quanto piuttosto permeata da una percezione di sé come persona malata. I periti hanno invece constatato un rallentamento psicomotorio e un disturbo del sonno (doc. AI 82-11) Il ricorrente è ritenuto quindi abile al lavoro nella misura del 70% (riduzione dell'orario) (doc. AI 82-12). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Tale non può essere la certificazione del 1° marzo 2012 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha posto la diagnosi di “ Sindrome depressiva ricorrente attuale episodio di gravità media (ICD-10 F33.1)”. Il medico curante ha indicato di concordare in gran parte con la perizia del CPAS “ la quale è stata fatta in modo corretto ed adeguata ”, tranne per quanto riguarda la diagnosi e l'incapacità lavorativa considerata ancora completa. Egli tuttavia ha aggiunto che “ una mezza rendita AI potrebbe essere giustificata ” (doc. AI 89-3). Va qui rammentato che il referto del Dr. \_\_\_\_\_ si sovrappone in sostanza a quanto lo stesso medico curante aveva già indicato nei precedenti scritti del 20 dicembre 2010 (doc. AI 43-1) e del 28 luglio 2011 (doc. AI 61-3). Alla luce di questi referti – divergenti con quelli del Dr. \_\_\_\_\_, perito della \_\_\_\_\_ – e dei rapporti di degenza dell'assicurato presso la Clinica \_\_\_\_\_ questa Corte aveva rinviato gli atti per nuovi approfondimenti psichiatrici (cfr. sentenza del 6 ottobre 2011, pag. 19, inc. 32.2011.92). Il CPAS ha preso posizione sul

referto del 1° marzo 2012 del Dr. \_\_\_\_\_ in data 6 aprile 2012 (doc. AI 94-1): " Abbiamo preso visione delle osservazioni alla nostra perizia del 20.01.2012 effettuate dal Dr. \_\_\_\_\_ alle quali volentieri rispondiamo. Discutiamo i criteri, già presentati in perizia, necessari per soddisfare un episodio depressivo, secondo la codifica nosografica tramite l'ICD10. Secondo questa classificazione per soddisfare un episodio depressivo devono essere presenti almeno 2 dei 3 sintomi relativi al criterio B ovvero un umore deflesso, una perdita di interesse per attività piacevoli, una diminuita energia e aumentata affaticabilità. L'assicurato presenta sicuramente il primo criterio, parzialmente il terzo anche se riesce a svolgere un'attività intensiva quotidiana, non il secondo poiché non ha mai avuto particolari interessi ed attualmente guarda la TV e a cammina tutti i giorni. Devono inoltre essere soddisfatti vari sintomi del criterio C, in modo da raggiungere un numero totale di almeno 4 per soddisfare un episodio depressivo lieve. Rientriamo che l'assetto psichico dell'assicurato rientri in questa diagnosi poiché soddisfa due criteri di questa area, ovvero l'assicurato presenta disturbi del sonno e modificazioni dell'attività psicomotoria nel senso di un rallentamento. Diversamente non presenta alterazioni dell'appetito, alterazioni soggettive o oggettive delle funzioni cognitive superiori, pensieri ricorrenti di morte o suicidali, alterazioni della visione di sé in senso depressivo ovvero che comportino perdita di sicurezza e autostima o sentimenti inappropriati di colpa; l'immagine personale è piuttosto permeata dalla visione di sé come malato. Essendo soddisfatti 2 sintomi del criterio B e 2 sintomi del criterio C è diagnosticabile un episodio depressivo lieve. Per diagnosticare un episodio depressivo di media gravità infatti devono essere presenti almeno 6 sintomi in tutto, almeno 2 dei quali appartenenti al criterio B. Teniamo inoltre a ribadire (come evidenziato anche dalla perizia fiduciaria e dalle diagnosi relative ai ricoveri ospedalieri, che indicavano un disturbo psichiatrico a carattere reattivo e l'importanza dei fattori stressanti) come siamo di fronte primariamente ad una difficile situazione sociale (con elementi di oggettiva problematicità) e non ad una patologia psichiatrica maggiore. Per la discussione dei fattori sociali rimandiamo alla nostra perizia. Questo potrebbe fra l'altro spiegare l'insuccesso della complessa farmacoterapia psichiatrica (che pur nella correzione fatta nello scritto del dr. \_\_\_\_\_ comprende due farmaci antidepressivi, oltre a un ansiolitico e un ipnotico), che non risulta efficace a nostro parere anche poiché ci troviamo di fronte primariamente ad una situazione sociale disagevole, che non può venire mitigata coi farmaci. In più il Dr. \_\_\_\_\_ nel certificato del 28.07.2011, indica come a suo parere i medicinali impostati comportino effetti collaterali sotto forma di stanchezza e rallentamento psicomotorio; quindi parte del quadro clinico osservato può essere collegato ad effetti iatrogeni del farmaco. Come indicato nella perizia del gennaio 2012, non contenendo i certificati del dr. \_\_\_\_\_ fino alla data della nostra valutazione elementi oggettivi (quali descrizioni dell'assetto psichico) che sostengano un quadro clinico differente rispetto a quello da noi rilevato, non possiamo sostenere che quanto emerso in sede peritale rappresenti una fase transitoria di miglioramento dell'assetto psichico dell'assicurato, come supposto dallo psichiatra curante. Riteniamo quindi eventuali cambiamenti del quadro clinico successivi alla nostra valutazione. Per quanto argomentato si confermano la diagnosi psichiatrica, la valutazione globale del quadro clinico che vede la preminenza dei fattori sociali e le conclusioni rispetto alla capacità lavorativa espresse nella nostra perizia." (doc. AI 94/1-2) Chiamato ora a pronunciarsi il TCA ricorda preliminarmente che in una sentenza 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 aveva, 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, in quell'occasione, 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. Va qui rilevato che nella classificazione medica delle diagnosi ICD-10-GM 2010 – lista sistematica – versione italiana (agosto 2011) pubblicata dall'UFS, per quanto riguarda il disturbo depressivo ricorrente viene indicato quanto segue: " F32.- Episodio depressivo Negli episodi tipici lievi (F32.0), di media gravità (F32.1) o gravi (F32.2 e F32.3), il paziente presenta abbassamento del tono dell'umore, riduzione dell'energia e decremento dell'attività. Sono compromessi la capacità di provare piacere, l'interesse e la concentrazione, ed è comune una stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo. Il sonno è di solito disturbato e l'appetito è diminuito. Sono quasi sempre ridotte l'autostima e la fiducia in se stessi, ed anche nelle forme lievi sono spesso presenti idee di colpa e di inutilità. L'abbassamento del tono dell'umore si modifica scarsamente da un giorno all'altro, non è correlato alle circostanze e può essere accompagnato da sintomi cosiddetti somatici, come la perdita dell'interesse e dei sentimenti piacevoli, il risveglio mattutino parecchie ore prima del solito, il peggioramento mattutino della depressione, il rallentamento psicomotorio accentuato, l'agitazione, la perdita dell'appetito, la perdita di peso e la riduzione della libido. In relazione al numero ed alla gravità dei sintomi, un episodio depressivo può essere classificato come lieve, di media gravità o grave. Incl.: singoli episodi di: • reazione depressiva • depressione psicogena • depressione reattiva (F32.0, F32.1, F32.2) Escl.: disturbi dell'adattamento (F43.2) se associati a disturbi della condotta descritti in (F91.-, F92.0) depressione ricorrente (F33.-) F32.0 Episodio depressivo lieve Sono generalmente presenti almeno due o tre dei sintomi sopra indicati. Il paziente è in genere sofferente a causa di essi, ma è in grado di continuare la maggior parte delle sue attività abituali. F32.1 Episodio depressivo di media gravità Sono in genere presenti quattro o più dei sintomi sopraindicati ed il soggetto ha grandi

difficoltà a continuare le sue attività abituali. F32.2 Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici Episodio depressivo in cui molti dei sintomi sono marcati e penosi, tipicamente la perdita dell'autostima e le idee di colpa o di inutilità. Sono comuni propositi e atti suicidari ed è in genere presente un certo numero di sintomi somatici. Episodio singolo, senza sintomi psicotici, di depressione agitata Episodio singolo, senza sintomi psicotici, di depressione maggiore Episodio singolo, senza sintomi psicotici, di depressione con rischio vitale F32.3 Episodio depressivo grave con sintomi psicotici Episodio depressivo simile a quello descritto in F32.2, ma con presenza di allucinazioni, deliri, ritardo psicomotorio o stupor, così gravi da rendere impossibili le normali attività sociali. Vi può essere pericolo di morte per suicidio, disidratazione ed inedia. Le allucinazioni ed i deliri possono o meno essere congrui all'umore. Singolo episodio di: • depressione maggiore con sintomi psicotici • psicosi depressiva psicogena • depressione psicotica • psicosi depressiva reattiva F32.8 Episodi depressivi di altro tipo Singoli episodi di depressione mascherata S.A.I. Depressione atipica F32.9 Episodio depressivo non specificato Disturbo depressivo S.A.I. Depressione S.A.I.” Nella presente fattispecie, il TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurato, dal profilo psichiatrico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dai periti del CPAS. Richiamata la giurisprudenza poc'anzi citata e in considerazione del numero e della gravità dei sintomi psicopatologici presenti (“ L'assicurato presenta sicuramente il primo criterio (umore deflesso, n.d.r.), parzialmente il terzo (diminuita energia e aumentata affaticabilità, n.d.r.) non il secondo (perdita d'interesse per attività piacevoli, n.d.r.) ” il TCA non ha motivi per mettere in discussione le conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_ e della Dr.ssa \_\_\_\_\_ che pongono la diagnosi di “ Disturbo dell'adattamento evoluto in Episodio depressivo di grado lieve (ICD 10 F 32.0)” . Va poi evidenziato che già il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel referto del 26 febbraio 2010 aveva posto la diagnosi di “ Lieve sintomatologia ansiosa-depressiva (F32.0)” indicando che la ripresa di un'attività lavorativa confacente sarebbe stata indicata anche da un punto di vista terapeutico e non costituiva un rischio aggiuntivo per le condizioni di salute dell'assicurato (doc. AI 20-21). Neppure le certificazioni trasmesse successivamente a questa Corte permettono una diversa valutazione della fattispecie. Nel breve scritto del 10 maggio 2012 – peraltro successivo alla decisione impugnata – il medico curante Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato unicamente che RI 1 è suo paziente regolare e presenta tuttora un'inabilità lavorativa completa. Egli ha quindi aggiunto che l'assicurato – visto il suo peggioramento – sarà ricoverato presso la Clinica \_\_\_\_\_ (doc. 2). Referto questo che i medici del SMR, nelle annotazioni del 21 maggio 2012, hanno considerato ininfluyente in quanto privo di elementi clinici (doc. IV1). I periti hanno fissato al 30% il grado di inabilità lavorativa per ogni attività. Al riguardo il TCA si limita qui a sottolineare che la giurisprudenza federale considera come non invalidante un disturbo depressivo ricorrente con episodi lievi. Ad esempio, in una sentenza 9C\_657/2007 del 12 giugno 2008 l'Alta Corte ha rilevato che: “ En soi, le diagnostic posé par le docteur L.\_\_\_\_\_ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger ([CIM-10] F33.0), n'est pas invalidant, ainsi que l'ont constaté les premiers juges. ” In un'altra sentenza 9C\_176/2011 del 29 giugno 2011 il Tribunale federale si è così espresso: “ Hingegen handelt es sich bei der leichten depressiven Episode definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden (DILLING/MAMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 7. Aufl. 2010, S. 155 ff.), dem es am Krankheitscharakter fehlt. Dies gilt umso mehr, als die Episode leichten Grades ist (Urteil 8C\_953/2010 vom 29. April 2011 E. 5.3)”

(9C\_176/2011 del 29 giugno 2011, pag. 3)." Tale questione non deve comunque ulteriormente essere approfondita visto che comunque la decisione impugnata deve essere confermata (cfr. consid. 2.7.). Occorre inoltre ricordare che, per consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Le certificazioni del 15 maggio 2012 e del 25 giugno 2012 della Clinica \_\_\_\_\_ (doc. C e B) prodotte dal ricorrente in corso di causa e che attestano la sua degenza dal 14 maggio 2012 e dall'11 giugno 2012 senza peraltro aggiungere null'altro dal profilo diagnostico, fanno riferimento ad una situazione clinica dell'assicurato posteriore alla decisione impugnata e dunque, non sono rilevanti nella presente procedura. Per quanto riguarda la valutazione complessiva delle patologie di cui è affetto l'assicurato, nel rapporto medico del 23 gennaio 2012 il Dr. \_\_\_\_\_ del SMR, ha indicato la diagnosi reumatologica che aveva posto il Dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 2 agosto 2009, nonché quella psichiatrica del CPAS. Il medico del SMR ha quindi ripreso i periodi d'incapacità lavorativa (del 30% in ogni attività dal 1° luglio 2011) e i limiti funzionali (doc. AI 20-24, 83-1). In conclusione, rispecchiando la perizia del CPAS i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.5.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato è inabile al lavoro al 30% in qualsiasi attività dal mese di luglio 2011. Per il periodo precedente è stato giustamente ripreso il periodo d'inabilità lavorativa accertato nella decisione del 21 febbraio 2011, ovvero del 100% dal 15 agosto 2008 al 19 dicembre 2009 in attività abituale e del 100% dal 15 agosto 2008 al 23 settembre 2008 e dal 19 ottobre 2009 al 19 dicembre 2009 in attività adeguate. 2.7. In queste condizioni il TCA, constatato che l'assicurato conserva una capacità lavorativa residua del 70% sia nell'attività abituale di operaio che in altre attività, nelle quali è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 70% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che, come indicato dall'UAI, l'incapacità lucrativa del ricorrente ammonta al 30% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008; STF 9C\_559/2009 del 18 dicembre 2009), percentuale che non dà diritto ad una rendita di invalidità. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C\_444/2009 del 16 settembre 2009, nella quale il TF, confermando la precedente sentenza 32.2008.73 del 23 aprile 2009 del TCA, ha confermato

il diritto ad una mezza rendita di invalidità per un assicurato, abile al lavoro al 50% sia nella sua attività, sia in altre; in una sentenza 9C\_559/2009 del 18 dicembre 2009 per un'assicurata inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Nella misura in cui l'UAI ha rifiutato il diritto dell'assicurato ad una rendita d'invalidità, la decisione del 16 aprile 2012 deve, perciò, essere confermata. 2.8. Per quanto riguarda il periodo precedente – dal 15 agosto 2008 al 18 ottobre 2009 – l'amministrazione ha fatto riferimento alla decisione del 21 febbraio 2011 che a fronte di un reddito da valido nel 2009 di fr. 69'805.-- e un reddito da invalido di fr. 55'120.-- aveva calcolato un grado d'invalidità del 21% che non permetteva l'erogazione di una rendita d'invalidità. Non vi sono ragioni per scostarsi dalla decisione riguardante questo periodo di tempo essendo la vertenza incentrata essenzialmente su di un peggioramento psichico successivo al 2009 (cfr. doc. AI 53-1, 55-3 e sentenza del 6 ottobre 2011). 2.9. A titolo abbondanziale, va osservato che essendo il grado di invalidità dell'insorgente del 20%, egli potrebbe teoricamente avere diritto ad una riforma professionale. L'art. 17 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). Nel caso di specie, tuttavia, la consulente in integrazione professionale ha rilevato che visto l'iter scolastico e professionale l'unico provvedimento attuabile è l'aiuto al collocamento (doc. AI 84-3). Visto quanto precede, la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto. 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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