

TI_GERICHTE 32.2012.170 vom 3. April 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-04-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.170

FR: TI_GERICHTE 32.2012.170 du 3 avril 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2012.170 del 3 aprile 2013

Regeste

Richiesta di rendita AI rifiutata per assenza dell'anno di inabilità lavorativa al 40%. Discussione certificati medici (perizie, SMR, curante). Va condivisa la tesi del medico curante (sindrome depressiva ricorrente), perciò l'anno di incapacità lavorativa è stato manifestamente raggiunto. Rinvio atti

Erwägungen

E. 29

cpv. 2 Cost. fed. In ogni caso, stante la (generale) difficoltà nel riferire, un anno e mezzo dopo, di un colloquio telefonico avuto e visto l'obbligo delle parti di collaborare che avrebbe dovuto portare l'assicurato stesso, quale parte interessata, a farsi rilasciare tali dichiarazioni dai suoi precedenti curanti, tenuto pure conto del principio secondo cui spetta a cui invoca un diritto apportarne la prova, e considerato, infine, che pretendere dagli specialisti interpellati per telefono dal perito di dichiarare per iscritto quanto a suo tempo comunicato al dottor _____ nulla apporterebbe comunque all'esito del ricorso, si prescinde dal dare seguito alla richiesta del ricorrente. Inoltre, il diritto di un assicurato di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento che l'amministrazione ha preso rispettivamente prenderà, non comporta comunque ancora di avere la certezza che l'autorità amministrativa o giudiziaria accoglierà (per intero o anche parzialmente) le rimostranze della parte interessata palesate tramite, in questo caso, un parere medico, ma soltanto che essa le dovrà analizzare e valutare per potere giungere alla propria decisione (STCA 32.2011.77 del 29 settembre 2011). Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 2.2. Oggetto della lite è la questione a sapere se l'Ufficio AI ha agito correttamente negando il diritto al ricorrente ad una rendita AI, non ritenendo adempiuto il presupposto del periodo ininterrotto di un anno almeno con inabilità al 40% (art. 28 LAI), stante l'incapacità lavorativa e di conseguenza di guadagno attestata medicalmente dal 25 agosto 2009 al 14 agosto 2010. Dopodiché l'assicurato è stato ritenuto abile e senza limitazioni funzionali. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 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, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete

non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI 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 LPGGA, 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) ed 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 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la 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 dall' allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, 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. Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., pag. 232). 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 TFA 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) ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; DTF 128 V 174). 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, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003 consid. 3.1, I 670/01 del 3 febbraio 2003, pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, I 761/01 del 18 ottobre 2002 consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e I 26/02 del 9 agosto 2002 consid. 3.1; cfr., inoltre, STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.2). 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; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), al considerando 3b, 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 lavorativa 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 lavorativa 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)". Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella sentenza del 4 luglio 2007 (I 384/06), 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4)". 2.5. Nel caso di specie l'UAI, dopo aver richiamato gli atti medici ritenuti determinanti, ha deciso di sottoporre il ricorrente ad una perizia psichiatrica ad opera del _____ di _____. L'insorgente ha avuto due colloqui con il suo direttore, dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, il 7 e l'11 novembre 2011. Nella sua perizia di 22 pagine del 23 dicembre 2011 (doc. 152), l'esperto ha esposto l'anamnesi (familiare, personale, sociale e lavorativa, lo sviluppo della malattia e i risultati della terapia) ricostruendola sia dagli atti a disposizione sia sulla scorta delle informazioni avute da terzi. Ha evidenziato i dati soggettivi dell'assicurato ed i dati oggettivi, emersi con l'esame psichico ed il test di Rorschach. La diagnosi posta dall'esperto è soltanto quella senza ripercussioni sulla capacità di lavoro (Z 65: Problemi legati a circostanze legali e Z 73.1 Accentuazione di

tratti di personalità), dato che tutti gli elementi, tranne alcuni disturbi soggettivi che non trovavano un sufficiente riscontro oggettivo, convergevano ad escludere una malattia psichiatrica in senso stretto. Dal profilo soggettivo, l'assicurato ha ricondotto tutti i suoi sintomi alla mancanza di considerazione da parte dei funzionari AVS nell'ambito della qualifica del suo statuto professionale del 2008. Egli era diventato aggressivo e violento, tanto che ha dovuto iniziare una terapia psichiatrica per controllare la rabbia. Pure nei confronti della moglie, che ha iniziato a gestire la sua società per aiutarlo, sono sorti dei conflitti per disaccordi sul metodo di lavoro, che al momento dei colloqui con il perito erano tuttora presenti (notevole conflittualità alimentata in larga misura da preoccupazioni economiche e sul destino dell'azienda). Ogni volta che riceveva comunicazioni concernenti i problemi legali con i funzionari AVS, la sua rabbia si acuiva e l'impulsività era sempre presente, seppure riusciva a gestirla un po' meglio. Nel 2011 l'assicurato tendeva ancora ad isolarsi dalle persone ed a rimanere da solo, quindi non era ancora in grado di gestire la sua clientela. L'incontrare qualcuno gli provocava ansia diffusa e somatizzazioni, sudorazione, nausea, paura di trovarsi in una situazione umiliante davanti alla gente. In passato si era lasciato andare all'abuso di alcol per attenuare l'ansia, trascorrevano a letto o chiuso in casa gran parte della giornata e si alimentava malamente. Negli ultimi mesi era però riuscito a ridurre in modo marcato il consumo d'alcol e a riprendere in mano la propria vita ed il consumo di ansiolitici era moderato. Lamentava dolori tipo contrazioni alle spalle ed al collo, con dolori cervicali che limitavano i movimenti della testa. Quanto ai dati oggettivi, dall'esame psichico è emersa una persona collaborante, tranquilla e disponibile, che non denotava particolare apprensione, né rallentamento psicomotorio su base depressiva. Il perito non ha oggettivato disturbi a carico della capacità di attenzione e di concentrazione, l'eloquio era spontaneo ed i toni della voce normo-modulati. Il tono dell'umore era in asse. A seguito delle difficoltà che l'interessato stava vivendo negli ultimi anni, viveva preoccupazioni e tensioni, che in parte somatizzava a livello dell'apparato gastro-enterico, con disturbi aspecifici durante le fasi critiche. Non erano presenti alterazioni della forma o del contenuto del pensiero. L'assicurato presentava un senso di dignità e di valore di sé estremamente elevati, che lo rendevano molto suscettibile alle ferite del proprio narcisismo. Tuttavia, la lunga vertenza legale con l'AVS e le conseguenti difficoltà economiche hanno fatto crollare questa elevazione narcisistica e hanno fatto comparire i primi vissuti di svalutazione e di umiliazione che giustificavano la rabbia. Grazie alla psicoterapia l'interessato ha imparato a gestire i suoi problemi; non v'erano disturbi della sfera percettiva, l'istinto vitale era conservato, così pure l'appetito ed il riposo notturno; solo di giorno l'assicurato aveva una diminuzione delle energie. La spinta volitiva era integra, tanto che egli era in grado di proiettarsi in maniera costruttiva nel futuro, di gestire i propri sintomi di superare gradualmente le sue difficoltà. Esame della realtà era conservato, critica di malattia era presente. Il perito ha espresso qualche dubbio sull'effettiva gravità dei sintomi lamentati soggettivamente. L'interessato aveva la percezione che questi sintomi riducevano molto la sua funzionalità residua, mentre il profilo oggettivo riscontrato tendeva verso una diversa conclusione. L'esperto ha ammesso il disagio soggettivo della persona, tuttavia i dati oggettivi non erano di entità tale da incidere pesantemente sulla capacità funzionale. Nell'esprimere la propria valutazione, il perito si è basato su tutti gli elementi emersi, quali i dati oggettivi, il comportamento della persona ed i risultati dei test. Il dr. med. _____ ha ricordato che dal 2003 l'assicurato è confrontato con problemi giudiziari che si sono ripresentati, acuiti, nel 2008, e che hanno portato la sua società ad una minore entrata economica del 50%. Questi problemi legali hanno portato difficoltà

economiche e tensioni in famiglia e da questo sostrato è nato il suo disagio psichico, che il perito ha stabilito, in modo inequivocabile, come una sindrome da disadattamento, totalmente reattiva a fattori sociali. Queste malattie sono per definizione transitorie, reattive, limitate nel tempo e tendono a risolversi con un adeguato supporto psicologico man mano che il soggetto si abitua a gestire in maniera efficace gli stress esterni che l'hanno causata. Secondo il medico, l'evoluzione nel corso del 2010 ha dimostrato una risoluzione in un ragionevole arco di tempo. Inizialmente gli stress psicosociali hanno avuto un effetto dirompente, proiettando l'assicurato in una forte crisi emotiva. I tratti narcisistici ed impulsivi della sua personalità si sono inizialmente scompensati brutalmente, portandolo ad agire con comportamenti inadeguati ed aggressivi. Con il passare dei mesi e con il sostegno specialistico, sia farmacologico che psicoterapico, l'interessato era diventato più capace di gestire i turbamenti emotivi e di non cedere a comportamenti aggressivi nei confronti degli altri. D'avviso dell'esperto, l'evoluzione di questa malattia non era paragonabile ad una sindrome depressiva ricorrente, ma configurava indubbiamente una reazione disadattiva. Egli ha ricordato che i precedenti psichiatri che hanno valutato le ripercussioni di questo disturbo psichico sulla capacità lavorativa dell'assicurato non erano univoci, ma dopo ripetute prese di posizione da entrambe le parti, entrambi hanno ritenuto che il miglioramento era avvenuto dal 15 agosto 2010, quando è stato considerato completamente abile dal dr. med. _____, medico fiduciario della compagnia assicurativa. Da quel momento la sindrome da disadattamento era considerata risolta e quello che rimaneva erano delle problematiche legali, economiche e delle tensioni familiari. L'allora psichiatra curante, la dr. ssa med. _____, ha presentato un sintetico certificato di inabilità lavorativa all'80%, non motivato, non ha opposto delle argomentazioni cliniche oggettive. Secondo il perito, fino al mese di agosto 2010 la sindrome da disadattamento è stata trattata secondo la normale prassi, mentre per il periodo successivo egli si è detto perplesso sull'iter medico adottato. L'assicurato ha cambiato in breve tempo due psichiatre e quindi il suo unico punto di riferimento è rimasto il suo medico generalista, il quale ha continuato a certificare un'inabilità lavorativa di almeno 80%, ma dai rapporti medici risulta chiaramente che tale inabilità era collegata alle vertenze legali. Tuttavia, la certificazione prolungata di inabilità lavorativa, nei casi di contenziosi legali ed assicurativi, deve essere ponderata con prudenza, unitamente alle difficoltà economiche, sociali, familiari, poiché sono fattori che creano una normale sofferenza nella maggior parte delle persone, ma che non possono essere assimilati a malattie psichiatriche "in senso stretto". A suo dire, questi fattori devono piuttosto essere risolti sul piano competente e cioè in ambito socio-assistenziale, mentre non possono essere presi a carico dal medico e tantomeno dall'invalidità. L'esperto ha pure criticato la nuova presa a carico psichiatrica dell'assicurato dal collega _____, poiché essa presentava alcuni aspetti dissonanti, quali la prima certificazione di inabilità lavorativa presumibilmente tra il 60% e l'80% a fronte di una depressione lieve tendente a media, patologia che, normalmente, non ha delle ripercussioni significative. Egli ha pure rilevato che il paziente è stato seguito quasi sempre dalla psicologa anziché dallo psichiatra e che la terapia psichiatrica prescritta è sempre stata blanda (20 mg di Fluoxetina al dì ed ansiolitici al bisogno). Poco prima che il perito avesse il primo colloquio con l'assicurato, il dottor _____ ha certificato che l'inabilità lavorativa era del 100% dalla prima visita fino a quel momento, ma c'era un miglioramento parziale con possibilità di ripresa al 50% dal mese di novembre 2011. Egli si era basato su dei test, che l'esperto ha commentato e criticato e ha quindi disposto l'esecuzione di un altro test (Rorschach), dal quale non sono emersi aspetti psichiatrici patologici "in senso stretto". Il funzionamento mentale del

peritato non induceva a sospettare alcun tipo di malattia psichiatrica. V'erano tratti di personalità narcisistici e passivo aggressivi, che però non configuravano un disturbo di personalità secondo le classificazioni riconosciute. Sono emersi aspetti ansiosi che, con modalità conversiva, potevano tradursi in somatizzazioni di varia natura, ma ciò non aveva alcuna influenza come malattia. Si trattava semplicemente di varianti di un funzionamento normale, compreso il problema dell'impulsività. Questi risultati erano in linea con i dati oggettivi riscontrati durante i colloqui peritali e con quanto aveva in passato diagnosticato il dr. med. _____, così pure erano compatibili con una normale forma di tensione durante un periodo di vita stressante con difficoltà socio-economiche, contenziosi legali ed assicurativi, che creano una certa tensione, ma che non possono essere assimilati ad una malattia "in senso stretto". Il perito si è quindi allineato al parere del collega che per primo ha valutato l'interessato ad inizio 2010. In conclusione, rispondendo alle domande sulle conseguenze sulla capacità di lavoro, l'esperto ha affermato che l'assicurato non presentava deficit per motivi psichiatrici, quindi era abile al 100% nell'ultima attività svolta dal 15 agosto 2010 in poi. Stante questa perizia, il dr. med. _____, medico dell'SMR, ha ritenuto giustificata una piena capacità lavorativa, ma ha ritenuto comunque opportuno fare valutare il caso dal collega dr. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Infatti, il 19 gennaio 2012 (doc. 154) questo medico dell'SMR ha redatto il rapporto finale, evidenziando che la sindrome da disadattamento si era completamente risolta da metà agosto 2010 e quindi che la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa era di problemi legati a circostanze legali (ICD10: Z65) e di accentuazione di tratti di personalità (ICD10: Z73.1). L'inabilità lavorativa riscontrata per sindrome da disadattamento è stata quindi del 100% dal 25 agosto 2009 al 14 agosto 2010 sia nell'attività abituale sia in attività adeguate, e la normale gestione di questi casi comporta che si dia il tempo necessario all'assicurato per recuperare. Non erano dunque oggettivabili né una sintomatologia psichiatrica maggiore né limitazioni d'ordine psichico dal 15 agosto 2010. A seguito del progetto di decisione del 24 gennaio 2012 (doc. 155) che negava all'interessato una rendita d'invalidità, lo stesso ha prodotto un certificato del suo psichiatra curante, dr. _____, che attestava un'inabilità lavorativa del 40% dal 1° gennaio 2012 per tutto il mese di gennaio (doc. 156).

Antecedentemente, il 2 novembre 2011 (doc. 145), il dr. med. _____ aveva allestito un rapporto medico evolutivo, che faceva seguito al rapporto per l'UAI del 19 aprile 2011 (doc. 129). Nel rapporto di fine anno 2011, lo psichiatra curante ha rilevato che la terapia svolta ha portato dei progressi della sofferenza psicopatologica dell'assicurato, riuscendo ad avere un buon miglioramento, tanto che dal 1° novembre 2011 risultava abile al 50% con prognosi positiva per un recupero completo delle sue capacità lavorative. Il medico specialista si è confrontato con il parere del luglio 2010 del collega _____, che ha stabilito che l'assicurato era abile al 50% dal 1° agosto 2010 ed al 100% da metà mese. Le dr. sse _____ e _____, invece, l'avevano ritenuto inabile all'80% fino al 31 agosto 2010 rispettivamente fino all'8 ottobre 2010, inabilità che poi è diminuita al 50% fino alla fine di ottobre ed in seguito era nulla. Lo psichiatra curante ha esposto i contenuti e gli esiti dei test eseguiti (MMPI e TCI). Dalla valutazione eseguita nel maggio 2011 è emerso un quadro clinico caratterizzato da uno stato depressivo di media gravità, di concerto con uno stato ansioso, con una sintomatologia caratterizzata da inquietudine, ansia somatica, disturbi somatici multipli, angoscia biologica, irritabilità, tensione endopsichica, alterazione delle capacità di concentrazione, memorizzazione, caricabilità. Il dottor _____ ha ipotizzato che il collega _____ potrebbe non avere considerato l'evoluzione del quadro psicopatologico depressivo, essendosi basato particolarmente sui

tratti di personalità e sugli elementi legati ad un'eventuale estensione ed amplificazione dei sintomi. Dalla valutazione effettuata sono emersi dei tratti conversivi, ma non un'amplificazione dei sintomi e lo psichiatra ha escluso anche un disturbo fittizio ed una simulazione. Sono emersi di contraltare i sintomi depressivi che hanno portato l'assicurato a chiedere aiuto ed il trattamento psichiatrico e psicoterapico integrato effettuato in quei mesi ha permesso un netto miglioramento della sintomatologia. Egli ha quindi ritenuto ampiamente giustificata l'inabilità lavorativa del 100% per la prima settimana dall'11 al 18 marzo ed all'80% dal 19 marzo al 30 ottobre 2011, dopodiché al 50%, con prognosi positiva. Per il periodo precedente, il curante si è rifatto ai pareri delle colleghe _____ e _____. Il 28 novembre 2011 (doc. 50) il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, si è pronunciato sul rapporto medico evolutivo del collega _____. Questo specialista aveva già visitato e peritato l'interessato in altre tre occasioni, sempre per conto di _____: il 24 novembre 2009 (doc. 7), in data 18 marzo 2010 (doc. 11) ed il 30 giugno 2010 (doc. 26). Nel suo ultimo referto del 28 novembre 2011 il dr. med. _____ ha criticato i due test psicologici a cui l'assicurato è stato sottoposto ed il certificato del collega. A suo dire, il dottor _____ non ha descritto il quadro psicopatologico dal punto di vista clinico-oggettivo, neppure ha indicato il comportamento che il paziente ha avuto nel corso del test, il funzionamento intellettuale e della personalità. Ha omesso di spiegare in che modo i disturbi psichici si ripercuotevano sulla capacità e sul funzionamento lavorativo, quali funzioni erano effettivamente compromesse e quali menomazioni concrete hanno giustificato un'inabilità lavorativa che perdurava in misura (quasi) completa dall'agosto 2009. Lo psichiatra interpellato dalla compagnia assicurativa ha inoltre osservato che visto che la valutazione medica-psichiatrica si è basata essenzialmente sui test psicologici, egli ha supposto che la terapia sia stata affidata soltanto alla psicologa e che lo psichiatra curante non abbia effettuato una valutazione globale clinico-oggettiva ed una discussione critica degli aspetti motivazionali e del decorso dal 2009 ad oggi. L'attendibilità e la validità dei test per la specifica valutazione della capacità lavorativa sarebbe stata molto probabilmente sopravvalutata. Secondo il perito, il collega non ha considerato che si trattava di una situazione a (alto) rischio considerata l'anamnesi del paziente (vertenze giudiziarie pendenti dal 2003, frequenti cambi di psichiatri e di avvocati, discrepanze evidenti tra l'esame clinico-oggettivo, il suo atteggiamento/comportamento e le lamentele soggettive, il suo passato come broker assicurativo). Lo specialista si è lamentato che il collega che aveva in cura l'interessato non ha mai inviato, prima del 2 novembre 2011, un rapporto sulla situazione clinica e sul presunto peggioramento del paziente giustificante un'attestazione dell'inabilità lavorativa. A suo dire, i tratti conversivi e le caratteristiche egocentriche e narcisistiche individuate dallo psichiatra curante (caratteristiche personologiche) non giustificavano, secondo le direttive riconosciute in Svizzera, alcuna inabilità lavorativa. Erano però compatibili con la tendenza all'amplificazione dei sintomi. Egli ha quindi confermato i suoi precedenti tre rapporti peritali e dunque che una ripresa lavorativa era possibile ed esigibile in maniera completa dal 15 agosto 2010. A sua volta, il 19 dicembre 2011 (doc. 163-3) il dr. med. _____ ha formulato le proprie osservazioni sul rapporto medico del collega. Dapprima lo psichiatra curante si è pronunciato sulla validità dei test eseguiti sull'assicurato. Poi egli ha rilevato che il quadro psicopatologico del paziente emergeva dal suo rapporto precedente. Ha comunque sottolineato che l'atteggiamento dell'assicurato era di disponibilità al colloquio, non irrispettoso né aggressivo. Durante il 2011 l'interessato ha sicuramente avuto un atteggiamento a volte più passivo, a tratti più inquieto e irritabile. L'aspetto generale

della persona è sempre stato mantenuto sia nella cura di sé sia nell'abbigliamento. Nella psicomotricità egli ha presentato a tratti una mimica accentuata, con espressione verbale continua e coerente, così pure la gestualità, a tratti accentuata. La motilità era generalmente accentuata. Non erano presenti discinesie, distonie, stereotipie o manierismi. L'eloquio è sempre stato spontaneo e generalmente era fluido. Il linguaggio non era alterato. Per l'umore e l'affettività, v'era una coerenza tra gli stati affettivi e sentimentali e la risonanza emotiva personale. Pertanto non v'era una scissione fra le due parti. A tratti l'assicurato mostrava degli stati affettivi più reattivi ed intensi, sottoforma di iperreattività emozionale, in particolare in merito alla situazione medico-assicurativa. L'umore era costantemente sub-deflesso o deflesso con momenti di disforia dell'umore stesso. Il paziente ha presentato una sindrome depressiva ricorrente, inizialmente di gravità lieve-media, evoluta in una sindrome di gravità media per poi riuscire a recuperare dall'inizio del mese di novembre (50% di inabilità lavorativa). Lo specialista ha ricordato che la sindrome depressiva di media gravità presenta in genere una difficoltà significativa a continuare le attività sociali, lavorative e familiari e solitamente la persona arriva ad interrompere anche l'attività lavorativa. Pertanto, l'interessato ha presentato delle alterazioni dell'umore sotto forma di umore depresso, irritabile e a tratti con una labilità affettiva. Gli istinti fondamentali sono rimasti intatti. La capacità nel giudizio della realtà è stata ridotta sicuramente dalla sua problematica psicopatologica e dalle complessità delle dinamiche medico-assicurative. Durante gli incontri il paziente ha sempre mantenuto un adeguato controllo degli impulsi. Per quanto concerne la critica sulla valutazione medico-psichiatrica che si sarebbe basata unicamente sui test, il dr. med. _____ l'ha smentita, osservando che questi test sono stati analizzati in modo approfondito per potere specificare una parte significativa del funzionamento psichico del paziente, il quale era seguito con un trattamento psichiatrico e psicoterapico integrato. Pertanto, la valutazione clinica oggettiva si è basata sulla considerazione ampia di tutti gli elementi del sostegno psichiatrico e quindi non v'è stata in alcun modo una sopravvalutazione dei test. Il medico curante ha quindi espresso delle perplessità sulla parzialità del perito, siccome interpellato da una compagnia assicurativa. Quanto alla tempistica nell'emissione di certificati medici, lo psichiatra ha rilevato che nessuno, prima, gli aveva mai chiesto un rapporto medico sull'inabilità lavorativa dell'assicurato, perciò è giunto soltanto dopo sette mesi dall'inizio della presa a carico. In merito alla frase che egli avrebbe pronunciato sui "tratti conversivi e caratteristiche egocentriche e narcisistiche", lo specialista l'ha contestualizzata, per concludere che il paziente non soffriva di una sintomatologia depressiva severa, bensì di depressione media, perciò l'inabilità lavorativa era dovuta a questo disturbo depressivo e non alle attitudini dette di conversione o di caratteristiche egocentriche e narcisistiche. Il 7 marzo 2012 (doc. 166-5) il dr. med. _____ ha formulato delle considerazioni sulla valutazione peritale del _____ del 23 dicembre 2011. Lo psichiatra curante ha contestato che il suo paziente abbia vissuto una sindrome da disadattamento ormai non più attiva, visto che, come rilevato dallo stesso perito, l'assicurato ha vissuto delle crisi depressive (1995, 1998 e 2008 /2009). Se egli avesse avuto unicamente un episodio depressivo reattivo ad un fattore stressante si sarebbe diagnosticata la sindrome da disadattamento. Tuttavia, l'assicurato ha presentato diversi episodi depressivi reattivi, perciò la diagnosi corretta era di sindrome depressiva ricorrente (ICD-10:F33). Secondo il medico, quindi, il perito non ha adeguatamente valutato la storia psicopatologica dell'interessato, che è iniziata già a metà degli anni Novanta. È pur vero che una sindrome da disadattamento può evolversi in una sindrome depressiva ricorrente o anche persistente (cfr. ICD). Il dottor _____ ha

inoltre sollevato critiche nei confronti del perito per il fatto che non l'abbia contattato telefonicamente per chiedergli informazioni, come invece ha fatto con i precedenti curanti dell'assicurato. Quanto all'affermazione secondo cui sarebbe stata, prevalentemente, la psicoterapeuta a seguire l'interessato, lo psichiatra curante ha precisato che in un trattamento psichiatrico e psicoterapeutico integrato è la psicoterapeuta che si occupa della psicoterapia specifica e lo psichiatra incontra il paziente soprattutto per la farmacoterapia che, nel caso concreto (20 mg di Fluoxetina), era raccomandata da tutte le linee guida internazionali come trattamento d'elezione di una sindrome depressiva; questo trattamento era adeguato e non blando. Inoltre, i test eseguiti, conosciuti e validati a livello mondiale e non facilmente manipolabili, sono stati analizzati approfonditamente e la valutazione clinica oggettiva del paziente si è basata sulla considerazione ampia di tutti gli elementi del sostegno psichiatrico. Lo specialista si è poi pronunciato sul test di Rorschach eseguito dal perito, concludendo che esso presenta delle difficoltà oggettive sia per quanto riguarda l'interpretazione, sia le risposte che il soggetto può dare, sia per i risultati sia nell'ottica dell'affidabilità, della costanza che della validità. Le riflessioni del perito sono state dunque considerate piuttosto discutibili. In conclusione, il curante ha ribadito il contenuto del suo rapporto del 2 novembre 2011 sull'inabilità lavorativa dell'interessato. Il dr. med.

_____ si è pronunciato il 2 aprile 2012 (doc. 170) sull'ultimo scritto dello psichiatra curante, formulando le proprie osservazioni. In primo luogo, il perito ha riferito che la differenza fra le sindromi da disadattamento e gli episodi depressivi maggiori non dipende dalla frequenza, ma dal peso della causa che genera il disturbo. Gli episodi depressivi maggiori e ricorrenti sono provocati da cause prevalentemente endogene (interne all'individuo, vulnerabilità biologiche e struttura psicologica), mentre le sindromi da disadattamento sono prevalentemente causate da fattori esogeni (esterni all'individuo, dell'ambiente) a cui egli reagisce in maniera amplificata. Entrambe le condizioni possono causare una riduzione del funzionamento, per cui la questione diagnostica è subordinata rispetto al livello di gravità. D'avviso dell'esperto, nel caso di specie non v'era un elemento di gravità psichiatrica nella storia dell'assicurato, ma v'erano molti fattori esterni, che mantenevano la sua posizione su un piano rivendicativo di ricerca di indennizzo. Il perito ha pure contestato il dosaggio del farmaco prescritto dal curante, ritenendolo basso ed evidenziando che nemmeno era stato fatto un altro tentativo farmacologico antidepressivo, così pure non c'è stato un ricovero in ambito psichiatrico per ridefinire la farmacoterapia, forse perché la risposta clinica era probabilmente soddisfacente. Quanto ai test effettuati, secondo il perito il test di Rorschach ha confermato l'assenza di una patologia, allineandosi a tutti gli altri elementi emersi dalla perizia ed all'osservazione clinica. Infine, lo specialista ha precisato di non avere contattato il medico curante perché la sua posizione era chiara e completa, quindi non erano necessarie ulteriori discussioni telefoniche, seppure entrambi avevano una valutazione divergente. In conclusione, il perito ha confermato la valutazione del collega _____. Il 4 aprile 2012 (doc. 171) il dr. med. _____ dell'SMR ha ritenuto che le osservazioni del dottor _____ fossero valide, esaustive e condivisibili, perciò ha ribadito quanto già espresso nel suo rapporto finale SMR del 19 gennaio 2012. Da ultimo, l'8 giugno 2012 (doc. IVbis) il dr. med. _____ si è espresso sulla decisione dell'8 maggio 2012 (doc. A) dell'Ufficio AI di negare una rendita d'invalidità all'assicurato, che si è basata sul parere del perito del 2 aprile 2012. Al riguardo, lo psichiatra curante ha criticato la tesi di una sindrome da disadattamento. Infatti, l'assicurato presentava non solo cause esogene, ma anche cause endogene, quindi proprie all'individuo, caratterizzate da una vulnerabilità biologica della sua struttura psicologica che sono state alla base dello sviluppo

di episodi depressivi, reattivi, secondo quanto previsto da ICD10. Secondo il medico curante, l'individuo che va incontro ad una depressione reattiva ad un evento stressante, presenta una struttura psicologica vulnerabile, così come una predisposizione genetica, pertanto endogena, allo sviluppo di una psicopatologia di tale genere. Per l'assicurato, ciò è successo almeno 4 volte, pertanto la sua storia clinica rinforzava ancora una volta la presenza di una vulnerabilità biologica per l'insorgenza di una psicopatologia depressiva. Di conseguenza, la diagnosi corretta era di sindrome depressiva ricorrente e non da disadattamento. A suo dire, l'assenza di gravità psichiatrica rilevata dal perito sarebbe dovuta alla diversa ipotesi di partenza, la sindrome da disadattamento e la tesi che l'assicurato sia andato alla ricerca di un indennizzo assicurativo, ma così facendo l'esperto non ha evidenziato in modo chiaro il quadro clinico psicopatologico. Per contro, se così fosse stato, lo psichiatra curante ha affermato che l'interessato non avrebbe avuto un miglioramento del suo stato clinico che l'ha portato ad una ripresa lavorativa quasi totale negli ultimi mesi, ma, anzi, non avrebbe reagito alle cure psichiatriche. Invece, il trattamento psichiatrico integrato, che l'interessato ha seguito in modo regolare e continuativo, ha dato i suoi frutti. Quanto al dosaggio dei farmaci, il dottor _____ ha ribadito la sua conformità alle linee guida internazionali, così pure ha confermato la validità dei test eseguiti. Infine, il 27 agosto 2012 (doc. X/1) il dr. med. _____ ha riassunto la situazione dal profilo medico, evidenziando l'elemento della questione diagnostica, l'elemento della gravità psichiatrica, l'elemento dei test e delle informazioni da terzi, concludendo che la valutazione del perito è valida ed esaustiva e quindi che non sono necessari ulteriori osservazioni né accertamenti.

2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 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 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; 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 LPG (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. Nella 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, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (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). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (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 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: " (...) 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." (...) 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, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella recente STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, 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. 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 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, 32.1999.124). 2.7. In concreto va esaminato se, a giusta ragione, l'Ufficio AI ha ritenuto il ricorrente completamente abile al lavoro dal 15 agosto 2010 e quindi se non sia adempiuta la

condizione dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, secondo cui l'assicurato ha avuto un'incapacità al lavoro almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione, visto l'inizio dell'inabilità fissato al 25 agosto 2009. Nel caso di specie, dai pareri medici esposti discende chiaramente che le opinioni dei medici intervenuti sullo stato di salute dell'assicurato e sui rimedi attuabili sono discordanti le une dalle altre. 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 permette 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 (DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, pag. 311 consid. 1, 1996 U 252, pag. 191; DTF 122 V 160, consid. 1c). 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Come visto, nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, pag. 33 e RAMI 1999 U 356, pag. 572), la nostra Corte federale ha stabilito 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 2.8. Agli atti figurano, da un canto, le certificazioni dei medici curanti dr. med. _____, _____ e _____ che, in qualità di specialisti, hanno (avuto) in cura RI 1 e, d'altro canto, la perizia e le osservazioni del dr. _____ e le valutazioni dello psichiatra _____ interpellato dalla _____. 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. La dr.ssa _____ ha avuto per prima in cura il ricorrente a decorrere dall'8 agosto 2008 (doc. 110-6) per un episodio depressivo a quel momento (marzo 2009) di grado medio-grave; disturbo da attacchi di panico grave e attualmente invalidante; progresso disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso depressiva. L'UAI ha

riconosciuto che l'inabilità lavorativa dell'assicurato è iniziata il 25 agosto 2009, mentre secondo il ricorrente questo impedimento sarebbe iniziato il 28 agosto 2009 (doc. I). Ad ogni buon conto, entrambe le parti riconoscono che l'incapacità al lavoro è perdurata almeno fino al 14 agosto 2010 (doc. 26). Sulla scorta degli atti medici a disposizione, occorre esaminare lo stato di salute dell'assicurato per il periodo successivo e quindi stabilire se l'anno di inabilità lavorativa ex art. 28 LAI sia dato. È stato il dottor _____ che, dopo avere rivisitato l'assicurato il 30 giugno 2010, nel suo rapporto peritale dell'11 luglio 2010 (doc. 26) ha certificato una sintomatologia ansiosa di lieve entità nel quadro di un disturbo da disadattamento con prevalenti disturbi di altri aspetti emozionali (F43.23) in personalità con tratti accentuati passivi-aggressivi-narcisistici, e ha così ritenuto esigibile la ripresa di un'attività lavorativa al 50% dal 1° agosto 2010 ed in misura completa dal 15 (16) agosto 2010. Il 2 agosto 2010 (doc. 27) la dr.ssa _____ ha invece (ancora) certificato un'inabilità lavorativa dell'80% (come già dal 1° aprile 2010, docc. 10 e 14) fino al 31 agosto 2010. In seguito, la nuova curante, dr.ssa _____, il 27 agosto 2010 (doc. 121-3) ha certificato che questa incapacità lavorativa continuava in pari grado fino all'8 ottobre 2010. Nel successivo certificato medico del 29 settembre 2010 (doc. 33) quest'ultima ha però attestato (solo) fino al 30 settembre 2010 il grado dell'80%, precisando che dal 1° al 31 ottobre 2010 l'assicurato era inabile al 50% e dal 1° novembre 2011 era totalmente abile. Tuttavia, il 7 dicembre 2010 (doc. 34) il medico curante, dr. med. _____, nell'attesa che l'insorgente riprendesse la terapia presso un altro psichiatra, ha certificato un'incapacità lavorativa dell'80% a decorrere da quel giorno, nel senso che malgrado fosse stato dichiarato abile pienamente dalla dr.ssa _____, in realtà l'interessato non era ancora pronto per ricominciare a lavorare. L'11 marzo 2011 (doc. 37) l'insorgente è stato preso a carico dal dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, che l'ha regolarmente seguito per (almeno) quasi un anno, finché dal 1° febbraio 2012 ha ritenuto l'assicurato abile al 100%. Il primo referto dello psichiatra curante è del 19 aprile 2011 (doc. 129) ed è stato redatto su invito dell'Ufficio AI. Lo specialista ha diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità lieve-media (ICD-10;F33.0/1), come pure una sindrome ansiosa (ICD-10;F41.9). Il professionista ha impostato un trattamento psichiatrico integrato con psicofarmacoterapia e psicoterapia, ma non ha indicato il grado di (in)abilità lavorativa. Egli ha rilevato che la presenza di un tono dell'umore irritabile, irascibile, alternato a periodi di mancanza di energia, disturbi della timia con delle manifestazioni ansiose, riduceva le capacità lavorative dell'assicurato. Pertanto, rimaneva inabile al lavoro in misura parziale (60/80%), perché questi sintomi potevano ridurre la concentrazione e la vigilanza. Il trattamento previsto doveva permettergli di recuperare una capacità lavorativa in futuro. Il 2 novembre 2011 (doc. 49) il dottor _____ ha trasmesso all'UAI un secondo rapporto medico, che ha esposto l'evoluzione dell'assicurato fino a quel momento, essendo andato incontro ad un confronto progressivo ed evolutivo della sua sofferenza psico-patologica, riuscendo ad avere un buon miglioramento, tanto che la sua incapacità lavorativa è stata stabilita al 50%, con prognosi progressivamente positiva per un recupero completo. Il curante si è confrontato con il perito dell'assicurazione e con i pareri delle due precedenti psichiatre che hanno avuto in cura l'interessato. Ha esposto gli esiti dei due test eseguiti dalla psicoterapeuta sul paziente e ha evidenziato che nel mese di maggio 2011 era emerso un quadro clinico caratterizzato da uno stato depressivo di media gravità, unitamente ad uno stato ansioso, con una sintomatologia caratterizzata da inquietudine, ansia somatica, disturbi somatici multipli, angoscia biologica, irritabilità, tensione endopsichica, alterazione delle capacità di

concentrazione, memorizzazione e caricabilità. Il TCA rileva che il dottor _____ aveva valutato l'ultima volta l'assicurato il 30 giugno 2010 (doc. 26) e dunque che, da allora, era ormai trascorso un anno quando è stata effettuata la valutazione testistica che ha dato luogo al summenzionato quadro clinico-oggettivo. Che il quadro clinico del ricorrente riscontrato dallo psichiatra curante sia mutato tra il 2010 ed il 2011 non è quindi affatto da escludere e da ritenere improbabile. Va osservato, al riguardo, che dall'11 marzo 2011 al 2 novembre 2011 unicamente il dr. med. _____ ha avuto in cura e ha valutato l'assicurato dal profilo psichico, quindi egli soltanto può sapere qual erano le sue condizioni psichiche durante l'anno 2011. Occorre infatti evidenziare che la valutazione del dr. med. _____ del 28 novembre 2011 - peraltro avvenuta sulla base del precedente certificato del dottor _____ e non emessa dopo una visita personale - e del perito dottor _____ del 23 dicembre 2011 - a seguito di due incontri del 7 e del 22 novembre 2011 con l'assicurato -, sono state rese praticamente quando la terapia psichiatrica e psicoterapica integrata era quasi al termine. Questa terapia, come rilevato, ha apportato un netto miglioramento della sintomatologia. Tanto è vero che proprio dal 1° novembre 2011 l'assicurato è stato dichiarato inabile al lavoro al 50% contro l'80% attestato dal 19 marzo 2011 (dall'inizio della presa a carico, ossia l'11 marzo 2011, il grado di incapacità lavorativa era del 100%, ma soltanto per la prima settimana). Inoltre, non va dimenticato che, a differenza dei periti intervenuti (su invito dell'UAI rispettivamente della compagnia assicurativa), il dottor _____ ha avuto in cura regolarmente il ricorrente, ossia lo vedeva, lo visitava e lo valutava con frequenza. Infatti, l'insorgente ha seguito in modo regolare e continuativo il trattamento psichiatrico integrato messo in atto dal curante (doc. IVbis) che, a giudicare dal risultato, ha dato i suoi frutti, visto che dal 1° febbraio 2012 l'assicurato è tornato ad essere pienamente abile al lavoro nella sua attività lavorativa. Il collega _____ ha sì visitato l'assicurato in tre occasioni, ma gli incontri sono avvenuti all'inizio della malattia, ovvero in data 24 novembre 2009 (doc. 7), il 18 marzo 2010 (doc. 11) ed il 30 giugno 2010 (doc. 26) ed in quelle occasioni lo stesso perito ha riconosciuto che il ricorrente era inabile al lavoro al 100% e poi all'80% (dal 1° aprile 2010), fatto salvo l'ultimo incontro, durante il quale ha diagnosticato una sintomatologia ansiosa di lieve entità nel quadro di un disturbo da disadattamento con prevalenti disturbi di altri aspetti emozionali in personalità con tratti accentuati passivi-aggressivi-narcisistici e ha ritenuto esigibile la ripresa dell'attività al 50% dal 1° agosto 2010 ed a tempo pieno dal 15 (16) agosto. A suo dire, la condizione di ansia lamentata dall'assicurato era l'espressione di un adattamento non ottimale alla situazione, ma non indicava necessariamente un disturbo psichico. Un disturbo dell'adattamento può limitare per un periodo circoscritto la resistenza per quanto riguarda il compimento ed il tempo dedicato al lavoro. Tuttavia, vista l'inesistenza di peggioramenti significativi, l'assenza di proposte terapeutiche più incisive e di disturbi cognitivi di rilevanza clinica, il perito assicurativo ha ritenuto che non vi fossero fattori che potevano rendere inesigibile un'attività lavorativa confacente. Questa tesi è stata però smontata dal dr. med. _____, nel senso che, a dire di quest'ultimo, una valutazione clinica-oggettiva del ricorrente doveva essere eseguita prendendo in considerazione l'intera sua storia clinica e non soltanto l'ultimo episodio di crisi sorto nel 2008. È ben vero che già nel 1994/1995 l'assicurato è stato inabile al lavoro per una (prima) depressione nervosa (doc. 1 dell'incarto diversi), a causa della quale è stato anche ricoverato in una clinica psichiatrica e ha ottenuto il versamento di prestazioni. Nel 1998 (doc. 10-2) questo stato ansioso-depressivo (seconda crisi) era però ancora persistente soprattutto reattivo a importanti problemi affettivi e finanziari, tanto che, unitamente a causa di

problemi anche fisici, il dr. med. _____ gli ha consigliato una riqualifica professionale e subito dopo l'assicurato ha depositato una domanda AI (doc. 1), che è stata accolta. Il ricorrente ha così svolto la sua riqualifica professionale presso _____ e proprio lavorando per questa società egli è stato ritenuto come dipendente della stessa da parte della Cassa di compensazione sia nel 2003, sia durante il controllo dei datori di lavoro svolto nel luglio 2008. Siccome anche in questa seconda occasione l'interessato è stato nuovamente considerato come dipendente della SA, mentre egli si considerava essere un lavoratore indipendente - e quindi assoggettato al pagamento di contributi AVS/AI/IPG come tale - in quanto già attivo nella sua società in nome collettivo, subito dopo egli si è rivolto alla dr.ssa _____ per uno stato (terza crisi) depressivo ed ansioso (doc. 116-6) ed esattamente un anno dopo, a fine agosto 2009, proprio a causa di questo stato depressivo ed ansioso l'assicurato è stato dichiarato inabile al lavoro. Ora, la diatriba fra gli esperti intervenuti che hanno valutato il ricorrente va fatta risalire alla differente diagnosi posta. Da un lato, i periti hanno ritenuto che i disturbi ed i disagi lamentati dall'assicurato dovessero essere dovuti ad una sindrome da disadattamento, totalmente reattiva a fattori sociali (contenzioso legale a seguito della qualifica come dipendente di _____, problemi economici e tensioni familiari). Però gli esperti hanno affermato che queste malattie sono per definizione transitorie, limitate nel tempo e tendono a risolversi con un adeguato supporto psicologico e l'evoluzione nel corso del 2010 avrebbe proprio dimostrato una risoluzione in un tempo ragionevole. Gli stress psicosociali iniziali hanno avuto un effetto dirompente portando l'interessato ad una forte crisi emotiva, ad agire con comportamenti inadeguati ed aggressivi. Ma con il passare del tempo ed il sostegno specialistico, sia farmacologico sia psicoterapico, l'assicurato è diventato più capace di gestire i turbamenti emotivi ed a non più essere aggressivo verso gli altri. Per i dr. med. _____ e _____, l'evoluzione di questa malattia non era paragonabile con una sindrome depressiva ricorrente, ma configurava una reazione disadattiva (doc. 152-19). Di parere opposto lo psichiatra curante, dr. med. _____, secondo cui se l'insorgente avesse avuto unicamente un episodio depressivo reattivo ad un fattore stressante, si sarebbe avuta una sindrome da disadattamento. Tuttavia, poiché egli ha presentato diversi episodi depressivi reattivi, la diagnosi posta era di sindrome depressiva ricorrente (ICD-10;F33) e non di sindrome da disadattamento. Inoltre, lo specialista ha spiegato, riferendosi all'ICD-10, che una sindrome da disadattamento può evolversi in una sindrome depressiva ricorrente o anche persistente. La divergenza fra le parti portava inoltre sulla terapia psico-farmacologica somministrata all'interessato, ritenuta blanda dal perito del _____ rispettivamente adeguata dal medico curante.

2.9. Richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.6) ed attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, questo Tribunale non può confermare l'operato dell'Ufficio AI, in quanto il ricorrente ha presentato una problematica psichica che è perdurata al di là del 14 agosto 2010 realizzandosi quindi, così, la condizione dell'anno di inabilità lavorativa di almeno il 40% senza notevoli interruzioni. Il TCA non intravede infatti particolari ragioni che impediscano di condividere i risultati a cui è giunto il medico curante del ricorrente, specialista in psichiatria, che ha avuto in cura l'assicurato (almeno) per quasi un anno, durante il quale lo psichiatra ha sia incontrato personalmente l'assicurato sia preso visione degli atti dei medici interpellati dall'amministrazione, prendendo compiutamente posizione su di essi. Esaminati i pareri medici di entrambe le parti, questo Tribunale ritiene di poter affermare che l'analisi del dr. med. _____ secondo cui, stante la storia clinica dell'assicurato, i disturbi avuti

da quest'ultimo nel 2008 e protrattisi fino ad inizio 2012 debbano essere diagnosticati come una sindrome depressiva ricorrente, caratterizzata da ripetuti episodi di depressione (1995, 1998 e 2008), laddove ognuno di essi, qualunque sia la sua gravità, è spesso precipitato da eventi di vita stressanti, come può essere la sua qualifica di attività dipendente svolta per _____ e tutte le conseguenze socio-economiche e le tensioni familiari che ne sono seguite, appaia verosimile. Va pertanto condivisa la tesi dello specialista che per ultimo ha avuto in cura l'insorgente, secondo cui quest'ultimo ha manifestato una depressione reattiva ad ognuno di questi tre eventi scatenanti e quindi presentava una struttura psicologica vulnerabile, così come una predisposizione genetica, e dunque endogena, allo sviluppo di una psicopatologia di questo tipo. I precedenti episodi di depressione reattiva ad un evento stressante stanno a significare la presenza di una vulnerabilità biologica per l'insorgenza di una psicopatologia depressiva, e quindi non solo cause esogene, ma anche cause endogene, proprie all'individuo, sono state alla base dello sviluppo degli episodi depressivi, reattivi, ad eventi stressanti esterni. Ne discende che la storia clinica dell'assicurato ha portato il curante a diagnosticare una sindrome depressiva ricorrente e non una sindrome da disadattamento. Inoltre, dai certificati medici è emerso che durante i colloqui avuti con il suo specialista, il ricorrente presentava un umore costantemente sub-deflesso o deflesso con momenti di disforia dell'umore stesso. La sindrome depressiva ricorrente di cui soffriva l'assicurato, inizialmente di gravità lieve-media, era evoluta in una sindrome di gravità media - che comporta, in genere, una difficoltà significativa a continuare le attività sociali, lavorative e familiari -, poi egli è riuscito a recuperare, e la sua inabilità lavorativa è passata dall'80% al 50% ed in tre mesi è diventata nulla, ossia dal 1° febbraio 2012 l'interessato è riuscito a riacquistare la sua piena capacità di lavoro. Questo risultato contrasta, però, con l'ipotesi (inverosimile) dei due periti secondo cui il ricorrente avrebbe cercato un indennizzo assicurativo (nevrosi da indennizzo). Se così fosse stato, il suo stato clinico non sarebbe migliorato e l'assicurato non avrebbe potuto riprendere la propria attività lavorativa. Pertanto, l'opinione dello psichiatra curante, che per la sua valutazione clinica oggettiva ha considerato ampiamente tutti gli elementi del sostegno psichiatrico, quali i test ed il trattamento psichiatrico e psicoterapico integrato, può così essere posta alla base della presente sentenza. Le conclusioni del dr. med. _____ possono dunque essere definite chiare, complete, attendibili, convincenti, approfondite e prive di contraddizioni. Di conseguenza, vanno così pienamente condivise le considerazioni dello specialista che il 19 aprile 2011, il 2 novembre 2011, il 19 dicembre 2011, il 7 marzo 2012 e l'8 giugno 2012 ha ben valutato lo stato di salute dell'assicurato e ha stabilito che dal 1° febbraio 2012 egli non presentava (più) un'inabilità lavorativa, ma che la stessa perdurava (almeno) dall'11 marzo 2011 quando ha visitato l'insorgente per la prima volta. Per quanto concerne il periodo precedente, fa stato il certificato del medico curante dottor _____ secondo cui, trascorso il periodo di (teorica) inabilità lavorativa stabilita dalla dr.ssa _____ (dal 1° novembre al 6 dicembre 2010), dal 7 dicembre 2010 l'interessato era sempre inabile al lavoro all'80%, così come già certificato dalla predetta curante il 27 agosto 2010 (doc. 121-3). In conclusione, analizzati i pareri medici suesposti, d'avviso di questo Tribunale, l'anno di incapacità lavorativa richiesto dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI è stato manifestamente raggiunto dal ricorrente, ritenuto che anche posteriormente al 15 agosto 2010 egli presentava dei disturbi psichici tali da non potere riprendere l'attività lavorativa. 2.10. Stanti così le cose, è a torto che l'Ufficio assicurazione invalidità ha rifiutato di riconoscere al ricorrente la decorrenza di un anno senza notevole interruzione di inabilità lavorativa di almeno il 40% in media (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI). In queste circostanze, gli atti vanno

rinviati all'amministrazione affinché si pronunci sull'eventuale diritto temporaneo, ossia limitato nel tempo, alle prestazioni AI del ricorrente a dipendenza della sua capacità di guadagno, che l'UAI calcolerà tenuto conto dei gradi di incapacità lavorativa fissati dal dottor _____ e del salario da valido e da invalido conseguito rispettivamente conseguibile da parte dell'insorgente. Il ricorso deve pertanto essere accolto e la decisione impugnata annullata, con rinvio degli atti all'Ufficio AI per i suoi incombenti. 2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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.-vanno poste a carico dell'Ufficio AI. Al ricorrente, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 lett. g LPG).

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