

## **TI\_GERICHTE 32.2016.137 vom 12. Oktober 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-10-12, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.137](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.137)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.137 du 12 octobre 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.137 del 12 ottobre 2016

### **Regeste**

Rendita limitata nel tempo. La perizia psichiatrica fatta esperire da UAI è dettagliata, completa e stabilisce la stessa diagnosi del curante, ma una diversa capacità lavorativa. Esigibilità che l'ass. si sottoponga a una cura x migliorare la capacità lavorativa/guadagno. No a provvedimenti professionali

### **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 TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; 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 ). 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 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). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica psichiatrica è stata chiarita in modo soddisfacente dalla perita che essa ha appositamente nominato. Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunta la specialista dr. med. \_\_\_\_\_ nella perizia psichiatrica del 18 agosto 2015 che integra i pareri dei colleghi specialisti. A questi referti va riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 2.6). Questa esperta ha infatti vagliato la documentazione medica messale a disposizione, ha attentamente valutato di persona il ricorrente in tre occasioni sull'arco di quattro mesi (da marzo a luglio 2015), ha eseguito degli esami personali e obiettivi, ha completato la propria valutazione sulla scorta di una serie di test effettuati sull'interessato da altri colleghi periti, ma ha anche avuto modo di parlare con i genitori dell'assicurato. Non va poi dimenticato che anche il medico SMR, intervenuto in seguito, ha più volte confermato le conclusioni peritali. Quanto al certificato del 12 novembre 2016 (doc. B) rilasciato dal dr. med. \_\_\_\_\_, il TCA evidenzia come lo stesso non infici la valutazione peritale. Infatti, va rilevato che anche il medico curante è concorde che l'assicurato soffre di una sindrome schizotipica (ICD-10; F21). A suo dire, però, il grado di

capacità lavorativa sarebbe nullo in qualsiasi attività, mentre per il medico interpellato dall'Ufficio AI l'interessato sarebbe in grado di svolgere delle attività adeguate in ragione del 70%, nel senso di riduzione del rendimento. In sostanza, quindi, le conseguenze dei disturbi psichici presenti indicate dai medici intervenuti si equivalgono. Ciò che differisce sono le diverse valutazioni sulla capacità lavorativa del ricorrente stante la medesima patologia. Non va al riguardo dimenticato che il Tribunale federale ha confermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto tra mandato di cura e mandato peritale (STF 9C\_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3; STF I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2), ossia a scopo di trattamento anziché di perizia, in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C\_965/2008 del 23 dicembre 2009 consid. 3.3; STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, 2010, ad art. 28a, pag. 353). Inoltre, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; STF 9C\_717/2014 del 17 dicembre 2015 consid. 5.2; STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4; STCA 36.2014.25 del 18 agosto 2014; STCA 36.2013.52 del 18 dicembre 2013). Il fatto che il medico curante segua l'assicurato da più tempo non è un criterio ritenuto dalla giurisprudenza per apprezzare il valore probatorio di un rapporto valetudinario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 352 con riferimenti). Al contrario, la prassi prevede che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353), per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2). Ancora, il medico curante, che vede il suo paziente soprattutto in fase di esacerbazione di una patologia, raggiunge facilmente una diversa impressione circa la gravità del danno alla salute rispetto a quella che può farsi un perito che non incentra il proprio esame principalmente sulle esigenze terapeutiche in un determinato momento (STF 9C\_605/2008 del 2 giugno 2009, consid. 3.2.5; STF I 514/06 del 25 maggio 2007, consid. 2.2.1). Non vi è pertanto alcun motivo per ritenere che l'Ufficio AI abbia erroneamente fondando il proprio giudizio sugli esiti della perizia del Centro peritale per le assicurazioni sociali del 18 agosto 2015 e sui pareri del Servizio Medico Regionale. Di conseguenza, nell'evenienza concreta, rispecchiando la perizia del CPAS tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza in ambito di valore probatorio di rapporti medici ed in particolare di una valutazione psichiatrica, questo Tribunale non può quindi che confermare le conclusioni della specialista consultata dall'Ufficio assicurazione invalidità. In queste circostanze, poiché l'istruttoria ordinata dall'Ufficio AI si è rivelata esente da critiche, non vi è la necessità di procedere, come richiesto dal ricorrente, a un nuovo accertamento medico né sotto forma di perizia giudiziaria ordinata da questo Tribunale né sotto forma di rinvio degli atti all'amministrazione affinché sia essa stessa a procedervi (STF 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2). Lo scrivente Tribunale fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente,

ritenendolo quindi inabile al lavoro all'80% dal 25 settembre 2013 in qualsiasi attività rispettivamente dal 12 marzo 2015 abile al 50% come ingegnere elettrotecnico e capace al 70% in attività adeguate dove possa svolgere compiti semplici, in modo autonomo, senza particolari responsabilità. 2.8. Stante quanto precede, poiché l'aspetto economico non è stato contestato come tale dall'assicurato (che ha soltanto chiesto di riesaminare la sua capacità di lavoro e non di guadagno), ciò porta il TCA a non verificare oltre il calcolo effettuato dall'Ufficio AI nella decisione impugnata e dunque a ritenere un grado di invalidità del 32% (doc. 122). Questo grado è stato quindi stabilito tenendo presente un'abilità lavorativa residua del 70% in altre attività lucrative adeguate ed essendo inferiore al grado minimo pensionabile in virtù dell'art. 28 cpv. 2 LAI non dà diritto a una rendita di invalidità. Ne discende che è a giusta ragione che il ricorrente non ha (più) diritto al riconoscimento di una rendita di invalidità. 2.9. A proposito dell'esigibilità evidenziata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ e dal medico SMR \_\_\_\_\_ che il ricorrente si sottoponga ad una cura farmacologica per migliorare la sua capacità di lavoro e di guadagno, il TCA osserva che i medici dell'Ufficio AI non sono stati gli unici a sottolineare questa necessità che dovrebbe portare l'assicurato ad un miglioramento delle sue condizioni di salute e, magari, della capacità lavorativa. A questo proposito va infatti evidenziato che anche lo psichiatra dottor \_\_\_\_\_, che il 4 febbraio 2014 ha esaminato il ricorrente su mandato dell'assicuratore malattia che a quel tempo è stato chiamato a versare indennità giornaliera per malattia, ha rilevato la necessità di somministrare una terapia farmacologica specifica all'assicurato. Di uguale avviso è stato pure il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH specialista in psichiatria e psicoterapia, che è intervenuto sempre per conto dell'assicuratore malattia e che il 9 settembre 2014, dopo avere preso atto anche del parere dello psichiatra curante \_\_\_\_\_ del 13 maggio 2014, ha concluso che " Alla luce di quanto riportato (decorso clinico e diagnosi), e degli evidenti i tratti deliranti dell'assicurato, si ritiene ancor più giustificato e proponibile un intervento farmacologico e/o un eventuale ricovero stazionario oppure diurno. Infatti, in questi casi, la sola psicoterapia appare insufficiente. " (doc. 33 dell'incarto Cassa malati). A seguito quindi delle opinioni del medico SMR e della perita del CPAS i quali, " Al fine di migliorare la capacità lavorativa ed lo stato clinico generale ", hanno ritenuto " esigibile un trattamento medicamentoso adeguato (come già accaduto in passato) così come la continuazione regolare di un accompagnamento psicoterapeutico di sostegno e di motivazione, poiché ciò porterebbe ad un miglioramento dello stato clinico, con recupero del 30% in ogni tipo di attività lucrativa ", l'amministrazione ha ammonito in tal senso l'assicurato. Nella decisione impugnata l'Ufficio AI ha inserito un'ingiunzione nei confronti del l'assicurato di sottoporsi a determinate cure, di sua competenza, ricordandogli, con riferimento all'art. 21 cpv. 4 LPGA, che nel caso di una nuova domanda l'amministrazione avrebbe verificato se ciò sarebbe avvenuto e avrebbe emanato una nuova decisione in base ai principi indicati da questa norma. Ai sensi dell'art. 21 cpv. 4 LPGA (si veda pure l'art. 7 cpv. 1 LAI), le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento di integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute. Il senso e lo scopo della procedura di messa in mora prescritta dall'art. 21 cpv. 4

LPGA sono di rendere attento l'assicurato circa le possibili conseguenze negative di un comportamento renitente a collaborare, affinché si trovi nella situazione di prendere una decisione in piena cognizione di causa e, all'occorrenza, di modificare il proprio comportamento. Una tale procedura deve essere applicata anche nel caso in cui l'assicurato abbia manifestato, in modo chiaro e incontestabile, che non intendeva sottoporsi a un trattamento oppure a un provvedimento di integrazione (STF I 552/06 del 13 giugno 2007, consid. 4.1 e i riferimenti ivi menzionati). Nella DTF 134 V 189 il Tribunale federale ha stabilito che l'assicurazione infortuni può ridurre le proprie prestazioni se l'assicurato si rifiuta di sottoporsi a un trattamento medico ragionevolmente esigibile. Tuttavia, essa deve precedentemente avere messo in mora per iscritto l'assicurato e averlo reso attento sulle conseguenze del suo rifiuto (cfr. consid. 2). Ricordato quindi come, secondo il summenzionato principio generale delle assicurazioni sociali, l'assicurato è tenuto a fare tutto quanto è possibile per ridurre il danno e dunque assumere la farmacologia prescrittagli (art. 21 cpv. 4 LPGA; cfr. STF 8C\_128/2007 del 14 gennaio 2008, consid. 3.1 e riferimenti, concernente una fattispecie nella quale la nostra Massima Istanza ha ritenuto esigibile l'intervento di una protesi all'anca; cfr. anche STF 9C\_914/2010 del 2 dicembre 2010), questo Tribunale non può che confermare l'ammonimento deciso dall'Ufficio AI. 2.10. Infine, la decisione del 12 ottobre 2016 nega al ricorrente il diritto alla messa in atto di provvedimenti d'ordine professionale non ritenendoli opportuni. In concreto, pur essendo il grado d'invalidità del ricorrente (32%) superiore alla soglia minima di diminuzione della capacità di guadagno conferente diritto a provvedimenti di riforma professionale che è del 20% (DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b; STFA I 164/05 del 22 dicembre 2006 consid. 7; SVR 2010 IV Nr. 24; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b), la decisione con cui l'Ufficio AI ha rifiutato la concessione di provvedimenti di integrazione professionale, ma si è messo a disposizione per un aiuto al collocamento, merita conferma. Con sentenza 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto: consid. A in fine) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...)

## **E. 6**

(...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento.". Nel caso di specie una riquilifica professionale del ricorrente non entra in considerazione (STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2011.143 del 21 novembre 2011). La stessa perita psichiatra, nelle sue conclusioni del 18 agosto 2015 (pag. 17), ha espressamente indicato che non riteneva necessari dei provvedimenti di integrazione professionale, giacché l'assicurato lavorava come indipendente e aveva un posto di lavoro. Era per contro utile, secondo la dr.ssa \_\_\_\_\_, la continuazione di un trattamento psichiatrico e l'avvio di uno psicofarmacologico. Rimane comunque aperta per l'assicurato la possibilità di far capo ad un aiuto al collocamento sulla base dell'art. 18 LAI per trovare un'attività confacente al suo stato di salute, segnatamente qualora il danno alla salute sia

d'impedimento alla ricerca di un posto di lavoro (cfr. anche DTF 116 V 85 con riferimenti; SVR 2003 IV Nr. 11 pag. 34 consid. 4.4; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011; cfr. anche Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT I 2003 pag. 595). Spetta dunque al ricorrente, se del caso, attivarsi in questo senso e contattare l'Ufficio AI - e per esso un consulente in integrazione professionale (STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e STCA 32.2011.141 entrambe del 21 novembre 2011). 2.11. Stante quanto precede, la pretesa dell'insorgente di annullare la decisione impugnata e di (fare) approfondire l'aspetto medico non può essere accolta. Inoltre, nella misura in cui l'Ufficio AI ha rifiutato il riconoscimento (anche) di provvedimenti d'integrazione, la decisione impugnata merita conferma (STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017; STCA 32.2012.39 del 24 ottobre 2012; STCA 32.2012.69 del 20 agosto 2012; STCA 32.2011.143 e 32.2011.141 del 21 novembre 2011) e il ricorso va respinto anche su questo punto. 2.12. 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'insorgente.

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