

## **TI\_GERICHTE 32.2016.16 vom 18. Januar 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-01-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.16)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.16 du 18 janvier 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.16 del 18 gennaio 2016

### **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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (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 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 Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). 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 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale 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 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.5. Con il presente ricorso l'assicurato, con riferimento ai due rapporti medici già prodotti in sede amministrativa, contesta la valutazione medico-teorica eseguita dal SAM, in particolare l'aspetto reumatologico e psichiatrico.

2.5.1. In merito alla problematica reumatologica, nel rapporto 11 novembre 2015 il dr. \_\_\_\_\_ ha sostenuto: " (...) Al punto 2, affronto la problematica locomotoria e nella perizia vedo il Dr. med. \_\_\_\_\_ confermare le note problematiche di osteocondrosi lombare, in particolare L5 / S1 ed il perito stesso, conferma un'inabilità del 50% nell'attività lavorativa e sostiene la necessità, sempre più impellente e frequente nell'attività lavorativa, di un aiuto per poter affrontare sollevamento di pesi e spostare i vetri, il collega si contraddice poi descrivendo il paziente, abile al lavoro in misura del 100% in attività leggera dimenticando quanto appena esposto poco prima. Credo in realtà che l'apparato locomotorio stia dando al paziente grossi problemi ben visibili proprio in palestra dove le attività sono chiaramente limitate, non solo però dalla severa osteocondrosi lombare ma anche dalla cruralgia destra con dolori che irradiano alla gamba in modo costante ed anche estenuante. Proprio i dolori cronici vanno ad erodere ulteriormente la riserva di forza vitale ed il quadro psichiatrico ne risente (questo aspetto non è stato minimamente incluso nella perizia della Dr.ssa med. \_\_\_\_\_). La valutazione delle spalle si limita a delle radiografie standard ed a una sonografia funzionale che sappiamo essere quanto di più soggettivo si possa immaginare. Credo che la

valutazione vada completata con una risonanza magnetica con iniezione di mezzo di contrasto. Scopriremo così che il paziente ha molto probabilmente, una rottura della cuffia non solo a sinistra ma, probabilmente anche a destra. Anche la problematica della spalla è stata quindi ampiamente sottovalutata e mal valutata. A limitare ulteriormente la possibilità lavorativa del paziente, oltre al problema retinico che affronterò dopo, ricordo che manca totalmente una valutazione cervicale (sarebbe da eseguire una risonanza magnetica cervicale). (...) (doc. AI pag. 249) Al riguardo, con scritto 27 novembre 2015 il dr.

\_\_\_\_\_ - dopo aver fatto presente di capire il ruolo di medico di famiglia di sostenere l'assicurato nella sua vertenza assicurativa, dichiaratosi inoltre "addolorato" per quanto scritto al punto no. 2 ("... poiché il tenore è squalificante, cioè vuole ridurre la correttezza del lavoro svolto e anche la professionalità di chi ha svolto questo lavoro...") dal dr.

\_\_\_\_\_ - ha ritenuto: " (...) Non mi sembra di contraddirmi quando dico che l'assicurato è inabile al 50 % in un'attività pesante e mediamente pesante per dolori dorsolombari e alla coscia destra che aumentano in relazione a sforzi, posizione eretta e spostamenti. Al punto 5 confermo come un lavoro pesante possa essere svolto con limitazioni perché l'assicurato dovrà chiedere più spesso aiuto a un collega per manipolare pesanti vetrate. Avrò inoltre bisogno di maggiori pause per compiti particolarmente gravosi. Sempre al punto 5 annoto inoltre alcune particolari limitazioni funzionali che sono riprese anche nella tabella a pagina 6. Tenendo conto dunque di queste limitazioni funzionali, un'attività leggera e adatta può a mio avviso essere svolta a tempo pieno e con pieno rendimento. Non vedo una contraddizione ma una logica conclusione basata su un esame clinico accurato, sugli esami strumentali a disposizione e sulla sonografia delle spalle che ho realizzato. Il Dr. \_\_\_\_\_ chiede un'artro-IRM della spalla ritenendo che il paziente abbia molto probabilmente una rottura della cuffia dei rotatori non solo a sinistra ma probabilmente anche a destra. È vero che l'artro-IRM è un esame con una maggiore sensibilità e specificità rispetto alla sonografia. È anche vero che questo esame non viene mai realizzato nell'ambito di una perizia. Se ritenuto utile tale esame avrebbe dovuto essere realizzato prima della valutazione SAM. È anche vero che piccole lesioni parziali a livello della cuffia dei rotatori, effettivamente frequenti all'artro-IRM, non cambierebbero nulla alla mia valutazione. Ad esempio uno studio su 687 persone mostra una lesione della cuffia dei rotatori nel 20.7% dei casi. La prevalenza aumenta con l'età. Il 36% dei soggetti con sintomi correnti hanno una lesione della cuffia mentre il 16% delle persone con sintomi non ha alcuna lesione. Uno studio mostra una prevalenza di una rottura transmurale della cuffia dei rotatori nel 34% dei casi in 96 volontari asintomatici. Nei soggetti di 60 anni la prevalenza di una rottura transmurale arriva al 54%. Come è già avvenuto per la schiena, anche per le spalle stiamo dunque attraversando un tempo in cui ci rendiamo conto dell'altissima frequenza di piccole o grandi lesioni della cuffia dei rotatori, di come molte siano asintomatiche rispettivamente come vi siano molti disturbi anche in pazienti che non hanno alcuna lesione. Lesioni anche transmurali della cuffia dei rotatori sono da considerare una normale involuzione degenerativa del corpo umano come le osteocondrosi alla schiena. Ritengo dunque opinabile il fatto che un'eventuale miglior definizione di danni a carico della cuffia dei rotatori sia clinicamente rilevante e lo stesso vale naturalmente anche per l'utilità di approfondire ulteriormente la diagnostica a livello della colonna cervicale o altro ancora. In ambito peritale si potrebbero sempre aggiungere nuovi esami radiologici e si può sempre evidenziale qualunque piccola alterazione degenerativa a carico della colonna vertebrale, delle spalle o in qualunque altra regione esaminata. Sta al perito e alla sua professionalità decidere quando questo è rilevante. (...)" (doc. AI pag. 267-268) Alla

succitata esposizione questo TCA non può che aderire, poiché dettagliata, esplicativa e convincente, del resto resa da uno specialista nel ramo medico interessato. In particolare il perito ha ben spiegato perché non ha ritenuto necessario ai fini della valutazione della capacità lavorativa di procedere agli esami chiesti dal dr. \_\_\_\_\_. Non va poi dimenticato che determinante è la piena capacità lavorativa in attività adeguate le cui limitazioni il dr. \_\_\_\_\_ ha dettagliatamente elencato in sede peritale (cfr. punto no. 5 della perizia), in parte, come rilevato dallo stesso perito, riprese dal dr. \_\_\_\_\_. Né del resto la successiva documentazione, in particolare il rapporto 9 marzo 2015 della dr.ssa \_\_\_\_\_, capo-servizio del Servizio di reumatologia all'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, prodotta in sede giudiziaria dal ricorrente, permette di discostarsi dalla valutazione peritale. In quel rapporto, la capo-servizio, poste le medesime diagnosi come il dr. \_\_\_\_\_ ed utilizzato lo stesso materiale radiologico esaminato in sede SAM, in merito alla perizia reumatologica ha rilevato: "(...) Per quanto riguarda i dolori a livello delle spalle soprattutto a destra, concordo con Dr. \_\_\_\_\_ che l'esame clinico risulta nella norma ed a mio avviso legati alla leggera insufficienza scapolare a destra, riscontrati all'esame clinico in data odierna. Tale reperto clinico può spiegare in parte i dolori del paziente siccome è stato descritto in passato (aumento dei dolori quando si sdraia sulla pancia per leggere a letto o quando porta pesi). Tale deficit è sicuramente meritevole di ulteriori accertamenti tenendo conto del problema del paziente legato alla neurofibromatosi, è consigliabile effettuare anche una RM cervicodorsale e soprattutto test elettroneuromiografico per evidenziare un'eventuale denervazione, una TAC della parete toracica/scapolare per poter valutare gli stabilizzatori della spalla ed in fine una valutazione ortopedica della scapola (PD Dr. \_\_\_\_\_). Tenendo conto di questo nuovo elemento, ritengo sia necessaria una rivalutazione peritale della capacità lavorativa del sig. RI 1 tramite SAM oppure in un centro universitario. (...)” (doc. B2) In merito alla richiesta di ulteriori accertamenti si fa riferimento a quanto lo stesso perito ha evidenziato nella sua presa di posizione al dr. \_\_\_\_\_. In questo contesto, rettamente nelle annotazioni 3 giugno 2016 il SMR, in relazione al succitato rapporto della dr.ssa \_\_\_\_\_, ha precisato: "(...) Dal rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non risulta una modifica dello stato clinico dell'assicurato. Sicuramente non entra nel compito di una perizia escludere tutte le diagnosi differenziali esposte dal dr. \_\_\_\_\_, diagnosi differenziali per le quali a livello oggettivo non vi sono degli elementi di sospetto manifesto. In assenza di una modifica dello stato clinico, fatto confermato dal dr. \_\_\_\_\_ stesso, non ritengo necessario sottoporre l'attuale documentazione al SAM, documentazione, nota bene, posteriore alla data di decisione.” (doc. XIV/1) Infine, il ricorrente censura che l'Ufficio AI non abbia predisposto una perizia prova carico di lavoro (EFL). Al riguardo nella risposta di causa l'amministrazione, con riferimento alla STF 9C\_730/2014 consid. del 1° dicembre 2014 consid. 2.3 – confermata con STF 9C\_132/2016 del 21 giugno 2016 consid. 3.3 – ha correttamente rilevato che un concreto accertamento riguardo alla valutazione funzionale della capacità lavorativa è necessario nella misura in cui i medici specialistici non sono in grado di formulare un'affidabile valutazione (“ Eine solche (EFL n.d.r.) ist nach der Gerichtspraxis allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen“). Ciò non è il caso poiché, come visto, il perito reumatologo come pure gli altri periti coinvolti, hanno chiaramente definito le limitazioni funzionali, come anche la capacità lavorativa residua in ogni tipo di attività, motivo per cui

la suddetta richiesta può essere respinta. 2.5.2. Riguardo all'aspetto extra somatico, in ambito SAM l'assicurato è stato visitato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_. Nel suo referto la citata specialista, dopo aver proceduto all'esame dei dati clinici, letto la documentazione medica allegata, ha riassunto come segue il periodo di valutazione di 15 giorni (tra il primo ed il secondo colloquio): " (...) Non si ritrovano disturbi dello stato di coscienza né disturbi dell'orientamento. È negativo per quanto riguarda i disturbi dell'attenzione e della memoria, riferisce soltanto di essere distratto ma di non avere problemi a tale riguardo. Non vengono riferiti né si ritrovano disturbi formali del pensiero né timori, fobie e sintomi compulsivi o ossessivi. Negativo anche il riferimento a fenomeni di tipo delirante, così come disturbi della percezione. È conservata la coscienza dell'io. Per quanto riguarda i disturbi dell'affettività l'A. non riferisce una condizione di deflessione del tono dell'umore, non riporta fenomeni di tipo ansioso o di inadeguatezza, tant'è che riferisce che attualmente si sente tranquillo e anche fiducioso per il futuro, in quanto si sta attivando per riuscire a trovare qualche occupazione. Non vengono riferiti disturbi della carica vitale e della psicomotricità. Viene però segnalato, per quanto riguarda le variazioni quotidiane, un leggero peggioramento serale, ma questo a suo dire legato non tanto al tono dell'umore o alla sua condizione psichica, ma ad una sorta di fatica. Non vi è ritiro sociale. Non si sono pensieri negativi o autolesivi e non vengono segnalati altri sintomi psicopatologici di riserva. (...)” (doc. AI pag. 189-190) Ha poi proceduto ad esaminare le risorse e deficit (secondo lo schema MINI ICF APP) concludendo che l'assicurato può svolgere qualsiasi tipo di attività rispecchiante le sue competenze. Essa ha poi rilevato che: " (...) L'A. arriva puntuale agli appuntamenti. Si presenta con aspetto ordinato, adeguato, curato nella persona. L'espressione è partecipe. L'atteggiamento è collaborativo. Non vi è alterazione del comportamento motorio. La mimica è adeguata al contenuto del discorso. La coscienza è lucida e ben orientata. Per quanto riguarda l'eloquio, è fluido con dei piccoli inceppamenti ma che non determinano nessuna difficoltà nella comprensione. Il tono della voce è normale e ben modulato. Non vi sono disturbi del linguaggio. Non vi sono aspetti negativi né qualitativi nel contenuto del discorso e del pensiero. I due colloqui che ho avuto si sono svolti in modo tranquillo, senza nessuna fatica da parte mia, nel secondo l'A. mi ha portato anche il suo curriculum per la ricerca di lavoro dove si descrive “sono una persona seria, affidata, precisa, di indole versatile e pronta a rimettersi in gioco nella gestione di professioni ed attività diverse da quelle finora da me svolte”. Inoltre parla di sé come “flessibile nella gestione di mansioni anche diverse da quelle assegnate, perché è disponibile anche a turni ed eventuali straordinari. È collaborativo e educato, pronto a mettersi a disposizione di colleghi e a collaborare attivamente. Sa gestire in maniera professionale anche le problematiche. Gli piace far imparare il mestiere. Afferma di avere uno spirito d'iniziativa sua vista grande esperienza lavorativa, riesce a vedere dei compiti da effettuare e da organizzare, anche se non richiesti. Gli piace portare a termine gli obiettivi giornalieri nei termini e con l'ordine e pulizia necessaria”. A questo proposito, anche se i colloqui sono stati solo due, penso di poter confermare quello che l'A. dichiara di per sé. Mi è parso una persona molto volenterosa, desiderosa di mettersi in gioco. Non ho trovato stati di ansia, di perplessità o di preoccupazione per il suo futuro. Vero è che ricordando il fratello ne sente ancora la mancanza e dichiara che il fratello è stato per lui un grande supporto per tutta la vita. A proposito della perdita della madre non ritrovo nessun segnale di lutto non elaborato. (...)” (doc. AI pag. 192) La perita ha pertanto concluso: " (...) A mio parere dai colloqui che ho avuto con l'A., dalla lettura degli atti, posso esprimere il mio punto di vista specialistico quale il non ritrovare una condizione patologica di tipo

psichiatrico come dall'ultimo rapporto medico del Dr. med. \_\_\_\_\_ del 29.4.2014 che riporta una diagnosi di F 42.2 sindrome mista ansioso-depressiva riferita dal 2011 dalla malattia della madre, con descrizione di "le crisi ansiose e la deflessione timica impediscono di svolgere la professione di vetraio che prevede la frequentazione di cantieri e il maneggiare lastre di vetro". A questo proposito saranno i colleghi che valuteranno questa capacità mentre dal punto di vista psichiatrico non ritrovo nessun impedimento allo svolgere attività lavorative. (...)" (doc. AI pag. 193) Con rapporto 11 novembre 2015 il dr. \_\_\_\_\_, il quale ha in cura l'assicurato dall'8 settembre 2014, ha in particolare rilevato: "(...) Il paziente riferisce di essere sempre stato ansioso, fin da bambino, soprattutto in quanto ritenuto da tutti gracilino e portato di sovente dal pediatra. Anche in giovinezza, soprattutto a causa della manifestazione cutanea della neurofibromatosi di tipo I da cui è affetto, si è sempre sentito a disagio rispetto agli altri coetanei. Lo scivolamento timico è avvenuto dopo la morte della madre, che egli ha sempre accudito a discapito di una propria famiglia e dopo la morte del fratello \_\_\_\_\_ a causa di un IMA durante un litigio con il figlio (nipote psicotico già menzionato). Non presenti disturbi afferenti alla sfera psicotica, non presenti fenomeni dispercettivi di qualsivoglia natura. Presenti esami di realtà e critica di malattia. Nessi logici nella norma. La capacità mnesiche sono ben conservate sia per la memoria a breve termine sia per quella a medio e lungo termine. Attenzione e concentrazione mantenute. Ritmo sonno-veglia conservato sebbene talvolta il paziente lamenta difficoltà nell'addormentamento. Era inizialmente stata intrapresa una terapia antidepressiva con Sertralina, che però il paziente ha voluto sospendere in quanto non ne percepiva il beneficio e ha sempre preferito la psicoterapia per l'elaborazione dei propri vissuti. Non è mai emersa una suicidalità, né attiva, né passiva. Dopo la morte del fratello \_\_\_\_\_, che egli vedeva come colonna portante dell'intera famiglia, il paziente è andato incontro ad un peggioramento del tono dell'umore, su una struttura di personalità già di per sé ansiosa. È stato pervaso da sentimenti di autosvalutazione e allo stato attuale non potrebbe sostenere un'occupazione lavorativa oltre quanto già praticato, quindi nella misura del 20%. Ci siamo confrontati anche con un invecchiamento sensibile della struttura somatica del paziente con un peggioramento del quadro locomotorio che di fatto impedisce che egli possa sostenere ritmi lavorativi normali. Egli desidera lavorare e non lo ha mai tenuto nascosto infatti prosegue con la ricerca di un'occupazione da oltre un anno, senza però essere mai stato accolto da alcuna azienda. Prosegue con le sedute psichiatriche e di psicoterapia integrata con cadenza settimanale mostrandosi sempre estremamente disponibile e collaborante. Siamo disposti ad allestire anche una perizia psichiatrica e medico-assicurativa qualora vi fossero ancora dubbi e/o necessità di ulteriori approfondimenti." (doc. AI pag. 251-252) Sottoposto da parte del SAM – su indicazione del SMR – il succitato scritto alla perita, quest'ultima il 10 dicembre 2015 ha ribadito di non condividere la diagnosi posta dallo psichiatra curate: "(...) Per quanto riguarda la diagnosi e le posizioni del Dr. med. \_\_\_\_\_, posso ancora ribadire che ritrova: "solo una quota d'ansia", riferito dall'A. "come essere sempre stato ansioso", non angosce ed una "lieve deflessione timica". A mio parere è "normale" soffrire della perdita della madre, che egli per altro ha lungamente accudito (questo denota la presenza di risorse interne da parte dell'A.) e così anche della morte "improvvisa" del fratello \_\_\_\_\_, suo "referente/sostegno". (...)" (doc. AI pag. 313), ricordando come lo stesso curante non abbia riscontrato disturbi psicotici, né disturbi dispercettivi e ritenuto normale negli altri aspetti psichici. La perita ribadisce l'importanza di continuare il trattamento psicoterapico non senza tuttavia rimarcare quanto segue: "(...) Può essere d'aiuto il frequentare la palestra ma

non è sufficiente e sarà la psicoterapeuta a dare gli stimoli e l'aiuto più corretto. In questo vedo la ripresa lavorativa come estremamente terapeutico, mentre l'etichettare l'A. come "patologico" possiamo solo che danneggiarlo riducendo ulteriormente la fiducia nelle sue capacità (come è sempre stato fatto da parte della sua famiglia ingenerando quell'ansia che ancora è presente). Di fatto i nuovi dati presentati non producono elementi di reale novità e appare difficile sostenere in tal senso qualsiasi modifica della mia posizione di allora." (doc. AI pag. 314) Il TCA non può che confermare la valutazione peritale in cui la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha dettagliatamente preso posizione in merito alla differente valutazione operata dallo psichiatra curante, spiegando in modo convincente perché non ritiene l'assicurato portatore di una patologia psichiatrica invalidante ai sensi della giurisprudenza. Nemmeno la perizia privata eseguita il 12 maggio 2016, quattro mesi dopo la decisione contestata (per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), dal dr. \_\_\_\_\_ e prodotta pendente causa, è idonea a modificare la valutazione peritale. Diagnosticando una sindrome mista ansioso depressiva (ICD 10: F 42.2), il sanitario ha concluso per un'inabilità lavorativa dell'80% (B1). Ora, nelle già citate annotazioni 3 giugno 2016 rettamente il dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha sottolineato come lo psichiatra curante abbia posto come diagnosi una sindrome mista ansioso-depressiva codificata, secondo il codice ICD 10, con F 42.2 allorquando con tale codice s'intende "associazione di pensieri ossessivi ed atti compulsivi" non descritti nella succitata perizia privata. Correttamente il codice per un disturbo misto ansioso-depressivo è F 41.2: " Questa categoria deve essere utilizzata quando i sintomi dell'ansia e della depressione sono contemporaneamente presenti ma né gli uni né gli altri sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente. Se presente un'ansia grave con minore grado di depressione va utilizzata una delle categorie per le sindromi ansiose o fobiche. Quando la sindrome depressiva e quella ansiosa sono presenti contemporaneamente e sono entrambe di una gravità tale da giustificare una diagnosi individuale, va posta diagnosi di entrambe le condizioni morbose e questa categoria non deve essere utilizzata." Inoltre, si ribadisce come pertinentemente nelle citate annotazioni lo psichiatra del SMR non abbia rilevato nella perizia privata elementi descrittivi che denotino una diagnosi di "associazione di pensieri ossessivi e atti compulsivi" secondo ICD F 42.2. A tal riguardo va fatto presente che i pensieri o ruminazioni prevalentemente (la sottolineatura è del redattore) "... possono prendere la forma di idee, rappresentazioni mentali o impulsi a compiere certi atti, quasi sempre penosi per l'individuo. Qualche volta le idee consistono unicamente nella valutazione inconcludente di alternative, associata ad una incapacità a prendere decisioni banali ma necessarie alla vita quotidiana. La relazione tra le ruminazioni ossessive e la depressione è particolarmente stretta e la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo dovrebbe essere preferita solo se le ruminazioni iniziano o persistono in assenza di un episodio depressivo. (F.42.0), mentre " l a gran parte degli atti compulsivi riguarda la pulizia (in particolare il lavarsi le mani), ripetuti controlli per assicurarsi che una situazione potenzialmente pericolosa non abbia avuto modo di realizzarsi, oppure l'ordine e la pulizia. Alla base del comportamento manifesto vi è la paura in genere di un pericolo per il soggetto e/o da lui causato, e il rituale è un tentativo inefficace o simbolico-di allontanare tale pericolo "(F. 42.1). Di simili pensieri e atti, come detto, non vi è traccia nel quadro psicopatologico dell'assicurato. Non va poi dimenticato che nel rapporto 28 aprile 2015 lo psichiatra curante aveva diagnosticato una sindrome ansioso-depressiva, utilizzando il

corretto codice F 41.2 (doc. AI 63). Il SMR rileva che “una diagnosi di sindrome ansioso-depressiva, come definita in ICD 10, non giustifica per se alcuna inabilità lavorativa in qualsiasi percentuale in qualsiasi attività lavorativa ” (XIV/1). Dalla perizia della dr.ssa \_\_\_\_\_ risulta peraltro che non sono dati tutti i fattori invalidanti, in particolare il carattere premorbo dell'affezione psichica, la perdita d'integrazione sociale, l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte (cfr. consid. 2.4). Anche volendo prendere in considerazione quanto sostenuto dal dr. \_\_\_\_\_ nella perizia privata in merito allo stato ansioso/depressivo dell'assicurato (“ la timia appare deflessa secondo un'alterazione moderata ... “; “ i livelli di ansia appaiono anch'essi moderatamente alterati rispetto alla norma... ”; sottolineatura del redatto), va fatto presente che, secondo giurisprudenza, lievi e medi disturbi depressivi – siano essi episodici o ricorrenti – vanno ritenuti a priori quale malattia invalidante quando sono dimostratamente resistenti alla terapia (“(…) Leichte bis mittelgradige depressive Störungen fallen - ob rezidivierend oder episodisch - zum Vornherein nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Urteil 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). (...)” (STF 8C\_212/2016 dell'8 agosto 2016), situazione manifestamente non presente nel caso in esame. Alla luce di quanto sopra esposto, il TCA ritiene la valutazione peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_ pienamente probante. 2.5.3. Pertanto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze della perizia SAM, alla quale va conferito probatorio (cfr. consid. 2.4), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp.. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che dal 1° maggio 2014 il ricorrente è abile al 100% in attività adeguate rispettanti le limitazioni fisiche. Infine, questo Tribunale ritiene altresì che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti richiesti dal ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti ). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.6. Occorre ora procedere alla graduazione dell'invalidità mediante il metodo ordinario (cfr. consid. 2.3, il cui calcolo è stato esposto nella decisione impugnata. 2.6.1. Secondo giurisprudenza, riassunta nella STF 9\_501/2013 del 28 novembre 2013, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di

regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid.

#### **E. 4.1**

pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. STF 9C\_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2). Nel caso in esame, come precisato in sede di risposta (cfr. l'allegato rapporto 4 settembre 2015 del consulente in integrazione professionale), in considerazione del fatto che la ditta è stata chiusa (cfr. estratto informatizzato della \_\_\_\_\_) l'Ufficio AI ha fissato il reddito da valido in fr. 70'762.-desunto dai dati statistici (anno 2010) relativi al settore delle costruzioni (categoria 43), livello di qualifica no. 3 corrispondente a conoscenze specializzate, aggiornandolo al 2013. Tale dato è rimasto incontestato. 2.6.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR

2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nel caso di specie, conformemente alla citata giurisprudenza, l'Ufficio AI ha utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 (stato 2010) elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pagg. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pagg. 47ss.) per un salario mensile, aggiornato al 2013, di fr. 5'026.--. Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 62'875.-- per un impiego a tempo pieno. L'amministrazione, tenuto conto di una riduzione di reddito per attività leggera del 3%, ha determinato il reddito da invalido in fr. 62'875.-- (cfr. il citato rapporto 4 settembre 2015 del consulente in integrazione professionale). In sede di risposta l'Ufficio AI ha giustamente aggiornato i redditi tenendo conto dei dati statistici applicando la tabella salariale TA1 2012 skill level. Per quel che concerne solo il reddito da invalido, l'amministrazione ha aumentato la riduzione dal 3 al 5 % in quanto, con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, il Tribunale federale ha interamente confermato quanto sostenuto da questo Tribunale nella sentenza 32.2012.36 del 31 gennaio 2013 a proposito del fatto che la riduzione percentuale va applicata utilizzando esclusivamente dei multipli di 5. Di conseguenza il reddito da valido è stato nuovamente definito in fr. 72'955.-- e quello da invalido in fr. 62'831,50. Dal raffronto tra i redditi si giunge ad un grado d'invalidità (arrotondato) del 14%. Il ricorrente chiede che un aumento delle riduzione dal 15% , 10% per attività leggera e 5% per età e formazione. Al riguardo, sempre in sede di risposta di causa, l'amministrazione ha pertinentemente ritenuto non giustificata tale richiesta. A prescindere che il fattore età non costituisce un motivo di riduzione ma piuttosto un elemento di valutazione generale sulla residua capacità lavorativa, nel caso in esame al momento della decisione contestata l'assicurato aveva 49 anni e quindi ben lontano dall'età di pensionamento che, a determinate condizioni, può limitare, appunto, la capacità lavorativa. Inoltre, la limitazione di sollevamento sopra i 15 chili è stata generosamente ritenuta con la riduzione del 5%. Del resto, anche con una riduzione del 15%, come

postulato dal ricorrente, l'assicurato non presenterebbe un grado d'invalidità pensionabile. Visto quanto sopra, rettamente l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita. Infine, per quel che riguarda la richiesta subordinata di poter beneficiare di provvedimenti professionali, a prescindere dal fatto che l'assicurato non presenta un grado d'invalidità minimo del 20% (fra le tante al riguardo cfr. DTF 130 V 489 consid. 4.2; DTF 124 V 110 consid. 2b), nella risposta di causa l'amministrazione ha fatto presente che nel verbale di chiusura del 19 agosto 2014 (doc. 36) il consulente in integrazione professionale non aveva individuato particolari misure professionali da attuare se non limitatamente ad un mandato di aiuto al collocamento, conclusosi nel febbraio 2016 (cfr. verbale 19 febbraio 2016 allegato alla risposta di causa). In conclusione, visto quanto sopra, la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.7. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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