

## **TI\_GERICHTE 32.2016.24 vom 25. Januar 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-01-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.24](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.24)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.24 du 25 janvier 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.24 del 25 gennaio 2016

### **Regeste**

L'amministrazione ha negato il diritto ad una rendita di invalidità in assenza di un grado di invalidità sufficiente. Ricorso respinto

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 1 l'assicurato ha diritto a una rendita se 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; se, inoltre, ha avuto un'incapacità al lavoro almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione e, infine, al termine di questo anno è invalido almeno al 40% (art. 6 e 8 LPGA). Per l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . 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; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia.

Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine).(...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). 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 STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF 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). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.5. Nel caso in esame, l'Ufficio AI ha acquisito agli atti il rapporto medico 16 ottobre 2015 del dr. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e curante dell'assicurato dal settembre 2013, il quale, poste le diagnosi di " F43 Disturbo di adattamento, F34.1 Distimia ", ha esposto come l'assicurato, dopo aver avuto un'infanzia e un'adolescenza difficili, dopo le scuole dell'obbligo aveva frequentato negli \_\_\_\_\_, suo paese d'origine, una scuola per diventare pompiere e quindi svolto svariati lavori, quali segnatamente in lavanderia e in diverse attività in proprio fino al 2005. Da quell'anno non aveva quindi praticamente svolto più alcuna attività lucrativa, la famiglia vivendo dei proventi dell'attività della moglie. L'assicurato viveva relegato a casa, senza amici, e non si fidava di nessuno. Disturbato nel sonno, con stati di agitazione, basso tono d'umore, difficoltà nell'esecuzione dei compiti casalinghi, si sentiva di peso e temeva il futuro, pervaso dai pensieri pessimistici. Dopo aver in precedenza consultato altri psichiatri, e dopo aver abbandonato un primo tentativo di cura nel 2013, dall'estate 2014 aveva ripreso il trattamento ambulatoriale presso il dr. \_\_\_\_\_. Richiesto su un'eventuale incapacità lavorativa, lo specialista ha affermato: " Non è possibile esprimersi con certezza. Il paziente non ha un'attività da più di 10 anni. Mi sembra parzialmente abile come casalingo (50-70%). Ora, in un'attività lucrativa appropriata, semplice, potrebbe essere abile al 30-50%. Il paziente presenta impedimenti psichici, difficoltà di adeguamento, una lunga inattività e necessità di un aiuto nella reintegrazione." (doc. AI 42) In merito ad eventuali misure di integrazione da attuare, il curante ha affermato che " con un adeguato sostegno e aiuto si potrebbe raggiungere una piena capacità lavorativa ". Quanto agli impedimenti psichici esistenti lo specialista li ha indicati in " difficoltà di concentrazione, di organizzare il pensiero, di mantenere attenzione a lungo e pesante condizione dovuta all'incapacità di adeguamento " (doc. AI 9). Dopo aver visionato tale documentazione il SMR ha ritenuto opportuno procedere ad un

approfondimento medico. Nel rapporto d'esame clinico del 24 novembre 2015 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, specialista in psichiatria, sulla base di un colloquio specialistico, finalizzato a valutare l'inabilità lavorativa e, quindi, "risorse e limiti nello svolgere le attività domestiche e anche un'eventuale attività lucrativa", ha dapprima ricordato che l'assicurato riferiva di una situazione di disagio, una privazione della vita negli ultimi 5-10 anni e di essere in cura presso lo psichiatra dr. \_\_\_\_\_ dal 2013. Il dr. \_\_\_\_\_ ha quindi affermato: "(...) L'a.to dichiara di abitare con moglie e figlio in una casa di 4 piani dove si occuperebbe personalmente di tutte le faccende domestiche, dalle pulizie, il passare l'aspirapolvere alla cucina. Non uscirebbe mai di casa, la moglie si occuperebbe della spesa. Non guarderebbe la televisione, non leggerebbe adesso libri o giornali. Sarebbe già sveglio alle 2.00, prenderebbe un sonnifero e si addormenterebbe per alcune ore, non farebbe mai colazione, trascorrerebbe il resto della giornata impegnato con le faccende domestiche. Disturbi soggettivi: Dichiara di essere senza vita, tutti i giorni sarebbero uguali, non sopporta gli altri. Non vi sarebbe un medicamento adatto a garantirgli un sonno ristoratore. Status psichico: L'assicurato si è presentato puntuale accompagnato dalla moglie che non ha partecipato al colloquio. Il colloquio si è svolto in lingua inglese: l'a.to ha affermato di avere studiato l'italiano appena giunto in Ticino ma di avere dimenticato tutto. Non sono emersi disturbi dello stato di coscienza. Non sono emersi disturbi dell'orientamento. Assenti disturbi di comprensione, attenzione, memoria di fissazione e di rievocazione. Assenti disturbi formali del pensiero. Lieve sospettosità e diffidenza. Non pensiero ossessivo né impulsi compulsivi. Fobia sociale non valutabile: l'a.to ha dichiarato all'inizio dell'incontro che non sarebbe riuscito a gestire il colloquio per oltre 10 minuti, il colloquio si è protratto per un'ora circa, negli ultimi 20 minuti l'a.to ha espresso, non sollecitato e/o interrotto, la sua personale visione del mondo. L'a.to ha impostato parte del discorso sui complotti dei politici che tenere il controllo del mondo, nozione appartenente al milieu culturale d'origine, priva di dinamica delirante. Assenti disturbi della percezione. Assenti disturbi della coscienza dell'io. Riguardo all'affettività, apparente anestesia affettiva soggettiva. Tendenza al pessimismo. Carica vitale e psicomotricità conservate: assenti idee suicidali passive rispettivamente con progettualità. Variazioni circadiane apparentemente assenti. Apparente ritiro sociale al di fuori del nucleo primario, moglie e figlio. L'a.to è apparso, tuttavia, informato su recenti fatti di cronaca. Insonnia con risvegli notturni; si è notato un breve momento di stanchezza durante il colloquio protrattosi per circa un'ora. Attendibilità: non escludibili alcune informazioni dubbie. Diagnosi: (sospetta) distimia Valutazione / conclusione: Si tratta di un assicurato cittadino \_\_\_\_\_, di origine \_\_\_\_\_, di fatto privo di formazione, training di pompiere non concluso. In Ticino dal 1998, non avrebbe svolto in Svizzera alcuna occupazione se non un breve periodo presso la lavanderia dell'\_\_\_\_\_, poi vendite online da indipendente, dal 2005 si definisce lui stesso come dedito a tempo pieno alle faccende domestiche. L'a.to presenta caratteristiche di carattere e di temperamento verosimilmente presenti da molti anni, che gli impediscono una relazione adeguata con gli altri. Non appaiono, tuttavia, presenti, modalità persistenti marcatamente devianti nel loro complesso dalla gamma dei comportamenti culturalmente attesi e accettati, la cosiddetta norma. Se non sono apprezzabili tratti di personalità devianti, non è escludibile un disturbo dell'umore con deflessione cronica del tono dell'umore per un periodo prolungato di tempo, senza una gravità tale da soddisfare i criteri per un episodio depressivo rispettivamente una sindrome depressiva ricorrente lieve. Per quanto concerne le risorse e limiti in un'attività lucrativa rispettivamente nell'eseguire i compiti consueti del ménage domestico, si deve tenere conto che l'a.to non ha una formazione specifica. Preferisce senza

dubbio rimanere da solo e ridurre al minimo i rapporti con estranei, senza che questo comportamento abbia una valenza psicopatologica severa: egli oggi è stato in grado di gestire un colloquio con il sottoscritto, persona per lui assolutamente estranea, per un'ora con lieve disagio all'inizio senza manifestazioni di ostilità tali da impedire un rapporto corretto ed adeguato tra le parti. Riguardo ai disturbi del sonno, sintomo su cui l'a.to si è maggiormente soffermato, si nota come la medicazione prescritta negli anni sia stata assunta talvolta per breve tempo in altri casi sembra sia stata inefficace. L'a.to non è stato in grado di elencare lui stesso i medicinali prescritti. Dalla lista da lui stesso consegnata, emerge che i medicinali con indicazione ipnoinducente sarebbero ora tutti sospesi, mentre sarebbe stata molto recentemente impostata medicazione con Pregabalin. Tale disturbo non appare influire in modo significativo sulla sua vita quotidiana da anni. Dal lato valetudinario, non è possibile considerare una differenza tra attività abituale ed adatta poiché egli non sembra essere mai stato impiegato in attività che richiedessero una formazione specifica. La formazione di pompiere non sarebbe mai stata conclusa. In un'attività semplice, ripetitiva, in ambiente solitario, non sono verosimili limitazioni di esclusiva origine psichica presenti o pregresse. Altrettanto nelle mansioni domestiche, per stessa ammissione dell'a.to, non sono verosimili limitazioni di alcun tipo attuali o nel passato. (doc. AI 14) Con rapporto finale SMR del 24 novembre 2015 il medesimo dr. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso per la diagnosi di “sospetta distimia”, negando la presenza di limitazioni sia nella capacità lavorativa che nello svolgimento delle mansioni consuete precisando che erano “assenti limitazioni psichiche oggettive o oggettivamente presenti o pregresse nelle attività domestiche rispettivamente in un'attività semplice, ripetitiva, non a contatto con altri” (doc. AI 14). Da qui il progetto di decisione del 2 dicembre 2015 dapprima e, quindi, la decisione contestata, con la quale l'amministrazione ha escluso ogni limitazione nella capacità lavorativa e, quindi negato ogni prestazione, motivando: "Esito degli accertamenti: La documentazione medico-specialistica acquisita all'incanto, ed in particolare l'esame effettuato presso il Servizio medico regionale, non oggettiva incapacità lavorativa, così come non sono giustificate limitazioni nello svolgimento delle abituali mansioni richieste nella conduzione dell'economia domestica. In merito alle osservazioni presentate con raccomandata del 15.12.2015, si precisa che le stesse non forniscono elementi che possano portare ad una differente valutazione, inoltre, anche qualora la dovessimo considerare quale salariato, il suo stato di salute non le impedisce di svolgere attività generiche purché non a contatto con altre persone." Con il presente ricorso l'assicurato contesta la valutazione della capacità lavorativa fatta dall'amministrazione, sostenendo in sostanza che per valutare la sua situazione occorrerebbe una seconda perizia.

2.6. 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'incanto (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, 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono

state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 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 2003, pag. 453). 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 ).

2.7. Dopo attento esame della documentazione agli atti, secondo il TCA l'Ufficio AI ha correttamente ritenuto che, malgrado la presenza di qualche disturbo di natura psichica, non andava ammessa nel caso dell'assicurato alcuna inabilità lavorativa. Il TCA ritiene in particolare che lo stato di salute dell'assicurato sia stato adeguatamente vagliato dall'approfondita valutazione del SMR, eseguita sulla base del rapporto allestito il 24 novembre 2015 dallo psichiatra del SMR. In particolare il TCA non ha motivi per mettere in dubbio le dettagliate, approfondite e convincenti conclusioni del dr. \_\_\_\_\_. Egli ha debitamente considerato i disturbi di cui l'assicurato è portatore ed ha proceduto, dopo un'attenta analisi dei dati oggettivi e soggettivi, ad una convincente valutazione circa la capacità lavorativa. Nella perizia, valutata la documentazione agli atti, segnatamente la certificazione dello psichiatra curante dell'assicurato, effettuato un colloquio specialistico, il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che non era stato possibile rilevare disturbi dello stato di coscienza, dell'orientamento, di comprensione, attenzione, memoria di fissazione e di rievocazione così come erano assenti disturbi formali del pensiero e nemmeno pensieri ossessivi né impulsi compulsivi. Lo specialista ha avuto modo di rilevare anche che malgrado l'assicurato avesse dichiarato all'inizio dell'incontro che non sarebbe riuscito a gestire il colloquio per oltre 10 minuti, il colloquio si era protratto per un'ora circa senza problemi.

Assenti erano pure disturbi della percezione, della coscienza dell'io. Malgrado una certa tendenza al pessimismo, la carica vitale e psicomotricità apparivano conservate e assenti erano idee suicidali passive rispettivamente con progettualità così come variazioni circadiane apparentemente assenti. Malgrado l'apparente ritiro sociale al di fuori del nucleo primario, e una certa insonnia, l'unica diagnosi posta dallo specialista era quella di "sospetta distimia". Tutto ben considerato quindi il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso con pertinenza che l'assicurato presentava caratteristiche di carattere e di temperamento verosimilmente presenti da molti anni, che gli impedivano una relazione adeguata con gli altri. Non erano presenti tuttavia modalità persistenti marcatamente devianti nel loro complesso dalla norma, né tratti di personalità devianti. Se per contro non era escludibile un disturbo dell'umore con deflessione cronica per un periodo prolungato di tempo, lo stesso non era tuttavia di gravità tale da soddisfare i criteri per un episodio depressivo rispettivamente una sindrome depressiva ricorrente lieve. Per quanto riferito alla capacità lavorativa, rilevato come il fatto che egli preferisse rimanere da solo e ridurre al minimo i rapporti con estranei, non costituisse un comportamento con valenza psicopatologica severa (in effetti di fronte al perito egli era stato in grado di gestire un colloquio per un'ora con lieve disagio all'inizio, ma senza manifestazioni di ostilità), ha concluso che in un'attività semplice, ripetitiva, in ambiente solitario, non erano verosimili limitazioni di esclusiva origine psichica presenti o pregresse, né del resto nelle mansioni domestiche, nelle quali per stessa ammissione dell'assicurato egli non incontrava limitazioni di alcun tipo. Quanto inoltre al disturbo del sonno, lo psichiatra ha osservato che la medicazione prescritta negli anni era stata assunta talvolta per breve tempo e che in ogni modo esso non appariva influente in modo significativo sulla sua vita quotidiana. (doc. AI 14). Con rapporto finale SMR del 24 novembre 2015 il medesimo dr. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso per la diagnosi di "sospetta distimia", negando tuttavia la presenza di limitazioni sia nella capacità lavorativa che nello svolgimento delle mansioni consuete, precisando che erano "assenti limitazioni psichiche oggettive o oggettivabili presenti o pregresse nelle attività domestiche rispettivamente in un'attività semplice, ripetitiva, non a contatto con altri" (doc. AI 51). Ora, a tali valutazioni specialistiche approfondite e complete, questo TCA deve aderire. In proposito va pure osservato che secondo la giurisprudenza federale la diagnosi di distimia in quanto tale non è invalidante. Essa può essere considerata invalidante quando è associata ad altri disturbi gravi della personalità. Il TCA, nella sentenza 32.2007.158 del 10 marzo 2008, alla quale ha fatto seguito la STF 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, (cfr. consid. 2.5.1.) aveva rammentato le caratteristiche della distimia. Il TF ha confermato la propria giurisprudenza in una sentenza 9C\_922/2009 del 9 luglio 2010, nella quale ha approvato la decisione dell'amministrazione, avallata dai primi giudici, di sopprimere, in sede di revisione, il diritto ad un quarto di rendita di invalidità del quale beneficiava un'assicurata. In tale occasione, la nostra Massima Istanza ha ritenuto corretta la valutazione del SMR di considerare l'assicurata, affetta da distimia e da disturbo della personalità con tratti immaturi e dipendenti, pienamente abile al lavoro in attività adatte, distanziandosi in tal modo dalle risultanze della perizia psichiatrica, che concludeva per contro per un'incapacità lavorativa del 40%. Nella presente fattispecie la diagnosi di "(sospetta) distimia" posta dal medico psichiatra del SMR non è associata ad altri disturbi gravi della personalità (cfr. rapporto SMR 25 novembre 2015, doc. AI 14). Pertanto la distimia come tale non è, nel caso concreto, invalidante. L'interessato non ha prodotto, né in corso di procedura amministrativa, né in questa sede, alcuna documentazione che permetta di dipartirsi dalla stessa. Quanto del resto al succinto rapporto medico all'attenzione dell'Ufficio AI del 16

ottobre 2015 allestito dallo psichiatra curante dr. \_\_\_\_\_, che ha posto le diagnosi di “ F43 Disturbo di adattamento, F34.1 Distimia ”, lo stesso si è limitato ad evidenziare i medesimi disturbi del sonno accertati anche dal dr. \_\_\_\_\_ oltre a stati di agitazione e basso tono d'umore, affermando in merito alla capacità lavorativa che non era “possibile esprimersi con certezza”, e che “ mi sembra parzialmente abile come casalingo (50-70%)” mentre che “ in un'attività lucrativa appropriata, semplice, potrebbe essere abile al 30-50%”. Per il curante gli impedimenti psichici esistenti erano da ricondurre a “ difficoltà di concentrazione, di organizzare il pensiero, di mantenere attenzione a lungo e pesante condizione dovuta all'incapacità di adeguamento ” (doc. AI 9). Osservato 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), ritenuto come il curante stesso affermi di non potersi esprimere con certezza, le limitazioni da lui evidenziate non hanno potuto essere confermate dal perito SMR nell'ambito della sua valutazione approfondita. Sulla base di tale certificazione del curante, che non indica precisamente le ragioni che causerebbero una inabilità lavorativa, e non si esprime sul quadro clinico dell'assistito e sui sintomi da lui lamentati, la conclusione di parziale inabilità lavorativa, sprovvista di sufficiente motivazione, non permette di dipartirsi dalle conclusioni dell'amministrazione. Alla luce della documentazione agli atti, questo Tribunale non può quindi che aderire alla convincente presa di posizione del SMR. A questo riguardo va pure ricordato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). A tali conclusioni si deve quindi aderire, ritenuto che, come detto, le valutazioni del SMR, non sono state smentite da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla stessa e entro la data della decisione contestata, ribadito come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato ( DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). In effetti già si è detto che l'assicurato, contrariamente a quanto preannunciato nello scritto del 18 marzo 2016 al TCA (doc. VI), non ha prodotto alcuna certificazione medica, nemmeno del medesimo curante, il quale ben avrebbe potuto del

resto esprimersi sul rapporto del SMR. Ricordato il principio per cui il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una valutazione medica 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), rispecchiando le valutazioni del SMR tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b) che l'insorgente non ha presentato e non presenta tuttora alcuna rilevante limitazione della capacità lavorativa. Visto quanto sopra, 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, ragione per cui la domanda del ricorrente di procedere ad una ulteriore valutazione medica deve essere respinta. 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 con rinvii ). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 2.8. In considerazione di quanto detto, a ragione l'amministrazione ha concluso che, in assenza di un'incapacità lavorativa duratura, nessuna prestazione dell'AI poteva essergli concessa (art. 6 e 8 LPGA; cfr. al consid. 2.3). All'assicurato va comunque fatto presente che in caso di peg-gioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, egli potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.9. 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.