

## **TI\_GERICHTE 32.2002.126 vom 27. Juni 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-06-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2002.126](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.126)

FR: TI\_GERICHTE 32.2002.126 du 27 juin 2003

IT: TI\_GERICHTE 32.2002.126 del 27 giugno 2003

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

gennaio 2003 nella causa A.A., P76/01; DTF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Ne consegue che, il provvedimento qui impugnato essendo stato reso il 21 settembre 2002, gli articoli di seguito citati della LAI e dell'OAI corrispondono al tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Affinché il caso possa essere sottoposto all'AI, occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. Tuttavia prescrive l'art. 28 cpv. 1bis LAI che, nei casi di rigore, il diritto alla mezza rendita nasce con un grado d'invalidità del 40 per cento almeno. Il Consiglio federale definisce tali casi di rigore. 2.5. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata 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 e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, pagg. 200 e ss.). 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 (art. 28 cpv. 2 LAI). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, op.

cit, pag. 232; D. Cattaneo, Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). 2.6. Nella fattispecie concreta, per quanto riguarda l'incapacità lavorativa dell'assicurato, dalla documentazione medica agli atti risulta quanto segue. In data 28 febbraio 2001, il Dr. Med. \_\_\_\_\_, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, ha certificato un'incapacità lavorativa del 100% nella professione di fabbro dal 1° febbraio 2000, precisando inoltre: " Il paziente presenta una storia cronica di episodi depressivi che sono iniziati già dal '92 e allora curati dal Dr. med. \_\_\_\_\_. Da segnalare inoltre la concomitanza di un diabete che viene seguito dallo specialista. Nel corso di quest'anno il paziente è sempre rimasto costantemente sotto un'importante terapia psico-farmacologica - ambulatoriale con antidepressivi - ansiolitici ed neurolettici. Da un punto di vista oggettivo il paziente ha avuto sicuramente beneficio dalle terapie praticate ma da un punto di vista soggettivo permangono i soliti disturbi della depressione ricorrente con sostanzialmente un calo della capacità di concentrazione, la stanchezza cronica, riduzione dello slancio vitale ed occasionalmente stati di angoscia, di paura e problematiche anche nella vita intima coniugale. Non è da sottovalutare il fatto che il paziente ha tentato diverse volte di trovare da solo un'occupazione e l'ultimo esempio dove è stato licenziato dopo pochi mesi ha nuovamente ferito gravemente il narcisismo del paziente sulle sue capacità valetudinarie. A mio avviso il paziente presenta per intanto una capacità lavorativa nulla." (Doc. AI \_). In data

### **E. 13**

aprile 2001, il Dr. Med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna Endocrinologia e Diabetologia ha certificato un'incapacità lavorativa del 100% dal 1° febbraio 2000, precisando che lo stato di salute del paziente è invariato dal punto di vista diabetologico, con scompenso della glicemia sempre dovute alla sindrome depressiva (cfr. doc. AI \_). Al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurato dal punto di vista psichiatrico, nonché le eventuali conseguenze sulla capacità lavorativa, l'UAI ha incaricato il Dr. Med. \_\_\_\_\_ di esperire una perizia specialistica. Dopo aver esposto una dettagliata anamnesi e proceduto ad una completa valutazione psichiatrica, oltre a colloqui con lo psichiatra ed il medico curante, con rapporto 28 gennaio 2002 lo specialista ha posto la seguente diagnosi: "(...) Sviluppo della malattia e risultati della terapia Fino al 1992 il paziente è sempre stato in buona salute e aveva lavorato regolarmente senza accusare assenze. Nel 1992, nel contesto di un sovraccarico lavorativo, legato al fatto che la ditta doveva assolutamente terminare nei tempi prestabiliti la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, per cui egli era stato costretto a lavorare anche 12 ore al giorno per un periodo prolungato, inizia ad accusare uno stato di ansia con vomito. Appena terminato il lavoro viene ricoverato per un mese presso la Clinica \_\_\_\_\_ e da allora, sebbene avesse ripreso il lavoro dopo la dimissione dalla Clinica, afferma di non essere più ritornato come prima. Certe volte doveva rimanere a casa per uno stato di malessere non meglio precisato. Viene preso a carico con una terapia infusione (Tranxillium) dal Dr. \_\_\_\_\_ e dal Dr. \_\_\_\_\_ che l'aveva già visitato nell'agosto del 1991 e che lo seguirà fino al mese di luglio del 1999,

a parte un'interruzione di un anno e mezzo (1998 fino al luglio del 1999). Il Dr. \_\_\_\_\_, in un rapporto del 15 maggio 2000, affermava di aver certificato, nel luglio 1999, un'inabilità lavorativa di una settimana (fino al 16 luglio 1999) e confermava, che al momento dell'ultima visita (luglio 1999), le condizioni psichiche apparivano "migliorate-soddisfacenti". Subito dopo, a partire dall'agosto 1999, il paziente abbandona il Dr. \_\_\_\_\_ perché "non gli dava soddisfazione" e si pone sotto le cure del Dr. \_\_\_\_\_ dal quale viene seguito tuttora. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ nel suo rapporto fiduciario del 26.10.1999 diagnostica una sindrome depressiva ricorrente. L'abilità lavorativa viene valutata al 50% da novembre 1999, la prognosi definita favorevole, ma complicata dalla coesistenza di problematiche inerenti alla disoccupazione, rispettivamente mercato del lavoro. Il Dr. \_\_\_\_\_, in un rapporto del 28.02.2001 attesta una sindrome depressiva ricorrente (F33.1) e problemi correlati alla disoccupazione (Z 56), valutando un'incapacità lavorativa totale. Dichiarò che il paziente ha "sicuramente avuto un beneficio dalle terapie praticate", ma permangono disturbi quale stanchezza cronica, riduzione dello slancio vitale e occasionalmente stati di angoscia, di paura e problematiche anche nella vita intima coniugale. Per una diabete mellito tipo 2, conosciuto dal 1997, a dire del paziente attualmente "abbastanza stabile", egli viene seguito dall'endocrinologo Dr. \_\_\_\_\_, che in un rapporto dell'aprile 2000 rileva un diabete "attualmente mal compensato" che "si spiega per la sindrome depressiva". Dichiarò che l'incapacità lavorativa è dovuta soprattutto a quest'ultima. Ribadisce sostanzialmente tale giudizio in un ulteriore rapporto del 13.04.2001. Il paziente presenta inoltre un glaucoma pure conosciuto da circa 5 anni e una ipoacusia bilaterale per la quale gli sono stati applicati recentemente degli apparecchi. Nel gennaio 1998 il paziente viene licenziato dalla ditta \_\_\_\_\_ presso la quale lavorava da 23 anni, molto probabilmente (secondo il Dr. \_\_\_\_\_) nel contesto di una ristrutturazione della ditta che in quell'occasione aveva deciso di congedare le persone meno efficienti. Dopo qualche mese di disoccupazione, il paziente assume un nuovo impiego (dal 1.07.1998 al 28.02.1999) presso la ditta \_\_\_\_\_ per un tempo limitato, già concordato in anticipo. Successivamente lavora per 2 mesi presso la ditta \_\_\_\_\_ (dal 1.03.1999 al 30.04.1999) ma per mancanza di lavoro, viene congedato. Seguono 2 mesi presso la \_\_\_\_\_ ove fa registrare diverse assenze per malattia e soli 4 giorni presso la ditta \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, che pure decidono di congedarlo per gli stessi motivi (mancanza di lavoro). Infine lavora un mese presso la \_\_\_\_\_, ma anche questa ditta lo licenzia per mancanza di lavoro. Dal gennaio del 2000 il paziente è in inabilità lavorativa totale. Colloquio con il Dr. \_\_\_\_\_ (17.1.2002) Ha seguito il paziente regolarmente fino alla fine del 1997 e poi, brevemente, nel luglio del 1999. Da tempo il paziente cercava di spingere verso la soluzione della rendita, in particolare nel luglio del 1999, ma la situazione clinica, malgrado la disoccupazione, era abbastanza soddisfacente. Dato che non aveva ottenuto l'attestato richiesto, aveva quindi cambiato medico..... Il ricovero del 1992 presso la Clinica di \_\_\_\_\_ era dovuto ad uno stato di astenia e di ansia, ma non c'era una patologia "seria o grave". L'allora medico curante Dr. \_\_\_\_\_ l'aveva quindi inviato dallo psichiatra e per molto tempo il paziente era andato bene, senza sintomi acuti, necessitante solo sporadicamente di Anxiolit, Tranxillium e qualche volta di Anafranil. Da un punto di vista clinico si tratta essenzialmente di una sindrome ansiosadepressiva di tipo nevrotica nel contesto di una situazione di difficoltà finanziaria in seguito a debiti contratti per la costruzione della casa. Questo ha in parte peggiorato la sintomatologia ansiosa. Il licenziamento dalla ditta \_\_\_\_\_, per la quale aveva lavorato per 23 anni, era caduta nel periodo di recessione e dettata dalla necessità di ridurre gli effettivi. Il paziente non

aveva avuto molte assenze, ma prendeva delle medicine per cui probabilmente risultava meno efficace. Colloquio con il Dr. \_\_\_\_\_ (17.1.2002) Il medico segue il paziente dall'agosto 1999 allorché gli venne inviato da parte della Dr.ssa \_\_\_\_\_. Si tratta di una situazione di disadattamento conseguente a diversi licenziamenti per mancanza di lavoro, rispettivamente ristrutturazioni, più che per motivi di salute. La problematica essenziale è legata al mercato di lavoro e alla difficoltà di trovare un'occupazione confacente. Il paziente ha avuto dei periodi in cui stava molto bene, ma dopo l'ultimo licenziamento si è lasciato andare e si trova ora in una situazione di frustrazione, caratterizzato da una sintomatologia clinica di tipo ansiosa-depressiva. Ha una situazione di salute precaria anche per il diabete. Difficile prevedere un reinserimento lavorativo concreto per questo paziente in una situazione di mercato difficile e competitiva. Colloquio con il Dr.med. \_\_\_\_\_ (25.01.2002) Conosce il paziente dal 1991 per una sintomatologia ansiosa-depressiva sempre curata con Dogmatil e Tranxillium. Il paziente ha avuto dei periodi in cui stava meglio ed in altri momenti invece peggiorava. Ogni tanto lamenta "paure di morte" e ultimamente c'è stato un peggioramento della situazione forse anche in relazione alle malattie organiche (diabete, glaucoma). Il paziente "non fa molto" per equilibrare il suo diabete. Difficile dire quanto incida la situazione clinica vera e propria considerate le problematiche sociali. 2. Dati soggettivi dell'assicurato Il paziente lamenta disturbi del sonno, diminuzione della libido, stanchezza, tremore ed ansia, difficoltà di concentrazione e sudorazioni. Afferma di essere stato licenziato da parte della ditta \_\_\_\_\_ perché commetteva degli sbagli nel leggere i disegni e quindi non era più adatto a lavorare su antenne e congegni di alta tensione. Fa risalire i suoi disturbi all'esaurimento occorsogli nel 1992 allorché doveva terminare le costruzioni metalliche per la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Da allora non è più stato bene ed era quindi stato seguito da parte del dr. \_\_\_\_\_, che gli dava dell'Anafranil, Dogmatil e Tranxillium. Aveva abbandonato il medico perché "non gli dava più soddisfazione", a suo dire perché i medicinali lo facevano dormire. Dopo il licenziamento dalla ditta \_\_\_\_\_, afferma di aver tentato più volte di riprendere il lavoro, ma dopo pochi giorni avrebbe dovuto smettere perché "non stava bene". Risulta tuttavia dai documenti che i "tentativi" sono durati ben più a lungo e che il licenziamento è stato causato dalle condizioni del mercato del lavoro più che dalle condizioni di salute del paziente. Il paziente dice di essere sempre rimasto in cura da Dr. \_\_\_\_\_, ininterrottamente dal 1991 fino al 1999, mentre in realtà ha sospeso la cura alla fine del 1997, per poi ricomparire, 1 anno e mezzo dopo, con un'esplicita richiesta per un certificato di incapacità lavorativa totale. Non avendolo ottenuto ha cambiato medico. Il 24.01.02 egli ci ha fatto recapitare un certificato redatto dal MC Dr. \_\_\_\_\_ (datato 23.01.02) in cui si conferma che il MC lo curava negli anni 1998-99, anche per una sindrome ansiosa-depressiva. Il paziente si dichiara infine incapace di svolgere altre attività lavorative a causa della sintomatologia descritta sopra. 3. Esame clinico e constatazioni obiettive Il paziente si presenta puntuale all'appuntamento, ordinato nella persona e nell'abbigliamento, orientato nelle coordinate temporo-spaziali. È un uomo piccolo, timido, dimesso, dall'atteggiamento superficialmente collaborante. Eloquio esitante, espressione mimica e la gestica sono diminuite. Dice di essere ansioso. Esteriormente non manifesta tuttavia dei correlati somatici indicanti uno stato di ansia. Il tono dell'umore tende alla tristezza, ma senza travalicare in un franco quadro depressivo. Non si riscontrano affezioni evocanti una patologia psicotica come deliri o disturbi allucinatori. La forma e il contenuto del pensiero non presentano delle particolarità. Denota una certa apatia con scarsa motivazione. La capacità di attenzione e di concentrazione non

presentano alterazioni di rilevanza clinica e anche le funzioni mnemoniche sembrano sostanzialmente intatte. Non sono presenti idee suicidali o fobie. Esteriormente non manifesta stati di agitazione psicomotoria. 4. Diagnosi Sindrome mista ansiosa-depressiva (ICD 10 F 41.2) in persona con tratti di personalità dipendente e nel contesto di problemi correlati alla disoccupazione (ICD 10 Z 56). Da un punto di vista psichiatrico, queste diagnosi non comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore al 20%. 5. Valutazione e prognosi Si tratta di un fabbro di 51 anni che, oltre alla patologia somatica (diabete tipo 2, glaucoma, ipoacusia bilaterale), presenta uno stato ansioso-depressivo nel contesto di una situazione di disagio sociale (disoccupazione, debiti contratti per la costruzione della casa). Evidenzia anche dei tratti di personalità dipendente con comportamento modesto e docile, necessità di rassicurazione e inibizione ad esprimere disaccordo verso gli altri. La sintomatologia clinica e i tratti di personalità non sono tuttavia di un'entità tale da compromettere in modo significativo il funzionamento sociale e lavorativo. In questo senso non esiste una incapacità lavorativa teorica superiore al 20% nell'attività abitualmente svolta di fabbro. Non a caso, il medico psichiatra che l'aveva seguito per molti anni, non aveva mai constatato una sintomatologia grave di tipo depressivo e aveva anzi certificato delle condizioni soddisfacenti in occasione dell'ultima visita avvenuta nel luglio del 1999. Il paziente non era rimasto soddisfatto da questa valutazione ("il Dottore non mi aveva dato soddisfazione") per cui ha cambiato medico. Non c'è stato tuttavia, nel frattempo, un peggioramento significativo delle condizioni di salute dal punto di vista psichiatrico. Dopo il licenziamento dalla ditta \_\_\_\_\_, presso la quale aveva lavorato per complessivi 23 anni, licenziamento dovuto ad esigenze di ristrutturazione, il paziente aveva cercato e trovato un altro lavoro, tuttavia a tempo determinato (8 mesi) e quindi non è stato primariamente licenziato per motivi di salute. Altri tentativi si sono pure interrotti più per mancanza di lavoro delle rispettive ditte che non per l'aggravarsi della situazione clinica. Anche all'esame clinico non abbiamo notato un quadro tale da giustificare un'incapacità lavorativa. È piuttosto presente un atteggiamento appellativo e un beneficio secondario non indifferente che spiega il persistere delle lamentele soggettive del paziente. Anche la capacità di attenzione e di concentrazione non sono compromesse al punto da costituire un'indicazione per un'attività limitata. A livello familiare non ci sono dei problemi o delle preoccupazioni particolari ed il paziente ha mantenuto una discreta rete sociale. Non siamo in grado di valutare l'effettiva portata sulla capacità di lavoro delle patologie di tipo somatico, in particolare del diabete, compito che spetta all'endocrinologo che tuttavia nel suo ultimo rapporto, imputava inabilità lavorativa più alla sintomatologia depressiva che non alle conseguenze della malattia metabolica. B) Conseguenze sulla capacità di lavoro Le menomazioni qualitative e quantitative a livello psicologico e mentale sono legate alla sintomatologia ansioso-depressiva che non è tuttavia di tipo "endogeno" o comunque grave, ma essenzialmente reattiva ad un contesto di disagio sociale (disoccupazione, debiti). Da un punto di vista clinico-psichiatrico esiste tuttora una capacità di lavoro dell'80% nella professione abitualmente svolta dal paziente (fabbro). C) Conseguenze sulla capacità di integrazione Considerato che da un punto di vista teorico, in una normale situazione di mercato del lavoro, il paziente potrebbe svolgere all'80% l'attività abituale di fabbro, non esistono i presupposti per effettuare dei provvedimenti d'integrazione." (Doc. AI \_) In data 29 agosto 2002, il Dr. Med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna endocrinologia e diabetologia ha osservato: " Il paziente lamenta una stanchezza invalidante che è da collegare sia alla patologia diabetica (nefropatia e neuropatia) sia a quella psichiatrica. Un tentativo d'insulino-terapia è stato tentato inizio

2002, senza successo sull'equilibrio del diabete. L'instabilità durante la terapia insulinica non può spiegarsi che con l'instabilità psichica che modifica in modo imprevedibile la risposta dell'organismo e l'insulina. Questo paziente non è attualmente in grado di lavorare, tanto lo stato di tensione è importante. Se il diabete non è la causa principale dell'incapacità lavorativa, quest'ultimo complica la situazione e aumenta lo stato di malessere, con tutte le ripercussioni sulla possibilità di riprendere un lavoro." (doc. AI \_) 2.7. Va ricordato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, p. 33ss.), la nostra 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C ; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a cc), cfr. U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997, pag. 111). 2.8. Relativamente all'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, occorre precisare che il TFA ha avuto modo di stabilire che é 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 102 V 165; ZAK 1984 pag. 607; Pratique VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a,

pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b). Inoltre, in una sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni espresse da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo \_\_\_\_\_, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124). 2.9. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il perito Dr. \_\_\_\_\_, specialista nelle materie che qui interessa, il quale ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla incapacità al lavoro del 20% nella precedente professione di fabbro. Il dottor \_\_\_\_\_ ha del resto tenuto conto di tutti i disturbi di cui soffre il ricorrente ed ha interpellato tutti i medici che si sono presi cura di \_\_\_\_\_ sin dal 1991. Il perito non ritiene nemmeno necessari provvedimenti di integrazione visto che in una normale situazione di mercato egli potrebbe svolgere all'80% la sua precedente professione di fabbro. Oltre al perito, anche il medico dell'AI ha raggiunto il convincimento che il ricorrente presenta un'incapacità lavorativa limitata al 20% nella sua precedente professione di fabbro. La nota del medico AI Dr.ssa Med. \_\_\_\_\_, datata 18 giugno 2002 ha il seguente tenore: " Alla luce della perizia psichiatrica si conclude che l'A. è abile nella misura dell'80% nella sua professione. Il diabete, anche se mal compensato, non si accompagna di complicazioni che limiterebbero la CL e per questo non è invalidante." (Doc. AI \_) In data 9 settembre 2002, la Dr.ssa Med. \_\_\_\_\_ ha ancora precisato: " Dai rapporti del Dr. \_\_\_\_\_ si deduce che il diabete è scompensato essenzialmente secondariamente alla patologia psichiatrica; non si evidenziano elementi invalidanti o che limitino in qualche modo la CL. Resta valida la proposta del 18.6.2002." (Doc. AI \_) La proposta dell'ispettore del 2 settembre 2002 ha il seguente tenore: " Nonostante il certificato del dr. \_\_\_\_\_ del 27.08.2002 confermiamo la proposta di decisione del 25.06.2002 in quanto dal lato psichico condivide il parere del perito mentre il diabete non influisce in modo determinante sulla capacità al lavoro (sua proposta del 05.11.2002)." (Doc. AI \_) Ora, tenuto conto che secondo il medico curante lo stato di salute psichico del ricorrente lo limita notevolmente nel suo inserimento nel mondo del lavoro e che a suo parere la patologia diabetica è sicuramente interconnessa con quella psichiatrica, questo Tribunale aderisce alla conclusione del Dr. \_\_\_\_\_

secondo la quale tali patologie (psichica e diabetica) abbiano effetti minimi e tollerabili anche per lo svolgimento dell'attività professionale di fabbro. Rettamente quindi l'amministrazione ha considerato gli appunti del Dr. \_\_\_\_\_ e del Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI \_), non idonei a modificare le precise e complete conclusioni cui è giunto il Dr. \_\_\_\_\_ nella sua perizia specialistica. Questo, tuttavia, non esclude che l'assicurato possa in futuro avviare una procedura di revisione della rendita, facendo valere un rilevante peggioramento del suo stato di salute subentrato dopo la resa della decisione contestata. Infatti, per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità delle decisioni impugnate in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui esse sono state rese. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (DTF 127 V 251 consid. 4d e DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Alla luce di quanto complessivamente rilevato, il TCA è del parere che la perizia del dottor \_\_\_\_\_ è stata esperita in modo esauriente e preciso e ad essa può essere fatto affidamento ai fini del presente giudizio.

2.10. L'assicurato ha chiesto l'allestimento di una perizia medica giudiziaria. A tal proposito va rilevato che, quando 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. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza. Né vi sono dei validi motivi per ritenere la perizia del dr. \_\_\_\_\_ non affidabile. Pertanto, non è necessario procedere ad una perizia giudiziaria. In conclusione, non riscontrando globalmente una rilevante limitazione di rendimento nella precedente attività professionale dell'assicurato, rettamente l'amministrazione ha respinto la domanda di prestazioni e quindi la decisione contestata merita conferma. Il ricorso è pertanto da respingere.

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