

TI_GERICHTE 32.2003.55 vom 16. Mai 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-05-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.55

FR: TI_GERICHTE 32.2003.55 du 16 mai 2003

IT: TI_GERICHTE 32.2003.55 del 16 maggio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 25

consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e poiché il Tribunale delle assicurazioni, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b), nel presente caso sono applicabili le disposizioni in vigore a partire dal 1° gennaio 2003. Non applicabili per contro sono le nuove norme di legge introdotte a seguito della 4a revisione della LAI, entrata in vigore al 1° gennaio 2004. Per quanto concerne la materia che qui interessa, l'art. 1 LAI, nella versione in vigore dal 1° gennaio 2003, dispone che le disposizioni della LPGA (art. 1a – 70) sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità, sempre che la legge non preveda espressamente una deroga. 2.3. Oggetto del contendere è sapere se vi è stato un cambiamento importante della situazione invalidante di _____ giustificante la soppressione, in via di revisione, della rendita intera ed il conseguente versamento di una mezza rendita. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pag. 216ss). Va 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 %. Va altresì rilevato che, 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 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; 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 (metodo generale del raffronto dei redditi: DTF 128 V 30 consid.1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). 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; Scartazzini, op. cit. pag. 232; 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).

2.5. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (cfr. art. 17 cpv. 1 LPG). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (cfr. art. 88 a cpv. 1 OAI).

Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (cfr. art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 in re St., RCC 1984 pag. 137).

2.6. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a; DTF 109 V 116, consid. 3 b; DTF 105 V 30). Affinché sia possibile la

revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI che prevede l'assegnazione di un quarto di rendita se il grado d'invalidità è di almeno il 40%, una mezza rendita quando il grado d'invalidità è di almeno il 50% e una rendita intera quando l'invalidità raggiunge almeno il 66 2/3%. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987, pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti; DTF 109 V 262; 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258).

2.7. Nell'evenienza concreta, in occasione della prima domanda di prestazioni, l'amministrazione, ritenendo necessaria una perizia medica al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurato, ha incaricato la Dr.ssa _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, di effettuare una visita approfondita (cfr. doc. _). Nella perizia medica del 7 dicembre 1998, esperita per conto dell'UAI, la specialista ha rilevato: " Ringrazio per l'incarico della perizia a margine che si basa sui colloqui avuti con l'interessato in data 2.9.98 e 19.10.98, nonché in precedenza per incarico della _____ in data 13.9.97 e 4.2.98. Inoltre la valutazione si basa sui tests psicologici effettuati da Dr. _____, in data 12.10.98 nonché sui colloqui avuti con il medico curante, Dr.ssa _____ e Dr. _____, che conobbe l'interessato in occasione della degenza nella clinica di _____, in qualità di consulente psichiatrico. Anamnesi: Trattasi di giovane uomo nato nel _____ il 19.6.69 come ultimogenito di una fratria di 6. Il fratello primogenito, 45enne, _____, viene riferito come sano, sposato con 4 figli sani, svolge attività lavorativa come aiuto cucina. Il secondogenito, 42enne, _____, è spostato con 5 figli, lavora come operaio, sano. Il terzogenito, 40enne, _____, viene riferito come sano, sposato con 4 figli, così anche _____, 36enne, sposato con due figli, residente in _____, viene riferito come sano, idem _____, 33enne, sano con famiglia e 3 figli sani. Il padre viene riferito come sano, 66enne, è primogenito di una fratria di quattro di cui due sono deceduti, uno apparentemente durante la caccia autolesionatosi con arma da fuoco (incidentalmente?), uno è deceduto apparentemente per cause naturali. L'interessato riferisce un rapporto buono con il padre, apparentemente non conflittuale. Anche la madre viene riferita come donna sana, 68enne, ma affetta da bronchite asmatica. Anche nell'anamnesi familiare allargata, vengono dal soggetto negate tare ereditarie e psichiatriche. Autoanamnesticamente viene riferito uno sviluppo psicofisico regolare della prima infanzia dopo un parto eutocico, a termine, seguito da allattamento materno normale. Anche l'inserimento sociale rispettivamente scolastico viene riferito come normale. Dopo una scolarità di 8 anni ha svolto una formazione in agricoltura per quattro anni. Ha svolto rego larmente Servizio Militare per 12 mesi senza che si sia assistito a particolari problemi e disagi. All'età di 22 anni, nel 1991, decide di raggiungere i fratelli già emigrati in Svizzera, dove svolge attività lavorativa per 5 anni presso il ristorante _____. Successivamente per 10 mesi presso

il ristorante _____ con 4 mesi di assenza per motivi di salute, dove l'impiego termina il 28.2.97. Segue successivamente un breve tentativo lavorativo presso il Ristorante _____ di soli due giorni dove ha sospeso "l'esperimento" apparentemente per l'insorgenza di nausea, giramenti di testa che portarono l'interessato a richiedere l'intervento del pronto soccorso dell'_____, dove dopo due ore venne dimesso. Un episodio di malessere simile si sarebbe verificato nel 1996 quando ancora lavorò presso il ristorante _____, episodio dopo il quale risulta in trattamento psichiatrico presso Dr.ssa _____. L'interessato ha contratto matrimonio 5 anni fa con attuale moglie, unione dalla quale sono nati due figli, uno di 4 anni, sano, e una figlia di 10 mesi, sana. L'accordo familiare viene riferito come sufficientemente buono, nonostante che la famiglia apparentemente viene attualmente mantenuta dai fratelli dell'interessato. Anamnesi patologica remota: senza particolari. E' stato ricoverato nell'ambito dell'attuale sofferenza psichica presso la clinica di _____ dal 27.3.97- 15.4.97 Disturbi attuali soggettivi ed oggettivi, stato psichico attuale: Ho avuto occasione di visitare l'interessato in quattro occasioni a due riprese in qualità di medico di fiducia per la _____ (_____) e due colloqui nell'ambito dell'attuale valutazione del grado di capacità di guadagno. L'interessato si è presentato sempre puntuale agli appuntamenti, ordinato nella persona e adeguato al contesto. Risultava sempre orientato nei tre domini e non emergevano turbe del pensiero, né per quanto concerne la forma, né per quanto concerne il contenuto. Anche fenomeni dispercettivi floridi non erano evidenziabili, fatto che in particolare faceva sorgere dubbi sulla diagnosi posta dal medico curante, e cioè che si trattasse di una psicosi atipica, in occasione del rapporto medico all'attenzione dell'assicurazione Invalidità del 6.4.98. In occasione del 4.2.98 ho avuto un colloquio telefonico con Dr. _____, psichiatra consulente dell'ospedale di _____, che ebbe in cura il paziente dal 27.3.97 al 15.4.97, degenza durante la quale, come riferito nel rapporto d'uscita del 18.4.97, una terapia antidepressiva a base di Seropram e Surmontil, nonché un sostegno psicoterapico ha consentito un graduale miglioramento dell'atteggiamento passivo-regressivo e un "graduato miglioramento dell'umore e una buona ripresa dell'iniziativa". Il collega Dr. _____, era dell'avviso che si trattava di una sintomatologia depressiva (è stata posta diagnosi di "episodio depressivo di media gravità" (ICD10 F32.1) nel rapporto di dimissione summenzionato con importante componente reattiva ad un disagio socioeconomico, sofferenza quindi non di per sé invalidante). Per il quesito diagnostico ho quindi sottoposto l'interessato a tests psicologici effettuati dal Dr. _____ in data 12.10.98 e cioè MMPI, Rorschach. Il psicogramma risulta al limite della validità, il protocollo indica una sottile forma di rigetto o non partecipazione nei confronti del compito presentato e si situa nell'area dei gruppi degli schizofrenici e dei depressi. Come nei depressi emerge un valore rilevato di egocentricità con inibizione nello sviluppo e nel funzionamento della personalità; limitatezza di interessi ed aspirazioni; difese eccessive ed inadeguate; ipercontrollo degli affetti. I meccanismi difensivi sembrano incapaci di contenere l'ansia del soggetto, aumentata da una marcata possibilità a metabolizzare che rinforza sentimenti di disistima finendo per confinarlo in una ricerca di vantaggi secondari a volte forse manipolatoria, ma il più sovente destrutturante. L'affettività risulta labile, sentimenti di persecuzione e di angoscia invadono l'io del soggetto senza che questi abbia modo di farvi fronte. Si ha l'impressione, in ogni caso, che il generale rallentamento ben osservato durante la raccolta dei protocolli, abbia anche un'origine medicamentosa che sembrerebbe sfavorire le capacità di reazione dell'io. Il protocollo presenta quindi indici del gruppo delle schizofrenie (50%), indici delle depressioni (60%) e di quello delle psicosi paranoidei presenili (80%).

Conclusioni (dei tests psicologici): L'insieme dei reattivi risulta omogeneo, in entrambi i criteri di validità si situano al limite, restando ancora in un'area accettabile, ciò potrebbe dipendere, almeno in parte, dalle cure medicamentose. L'intelligenza appare fortemente disturbata da fattori inibitori, non solo per rallentamenti e disturbi temporo-spaziali ma anche per una importante disarmonia; tale risultato mostra comunque una tendenza alla concretizzazione che sembra allontanare il pensiero astratto, tale risultato risente probabilmente dell'effetto farmacologico. Entrambi i tracciati mostrano un soggetto fortemente depresso, tanto da far pensare a complessi scissi, del tutto autonomi che sembrano perseguire l'Io con irruzioni, se non vere e proprie invasioni, spesso a carattere paranoide. Le strutture difensive non sembrano in grado di contrastare la situazione intrapsichica evidenziata dai reattivi, anche per la presenza di una forma di abulia che potrebbe esprimere l'unica difesa possibile, anche a costo di attivare comportamenti manipolatori, oppure essere il risultato delle cure attuali. Concludendo si tratta di un soggetto depresso, su base scissa, con tratti paranoidei di una certa importanza, non si esclude la possibilità di agiti autoaggressivi, a prognosi non del tutto fausta. Tenendo presente quindi sia la valutazione testistica, sia la valutazione clinica, pur tenendo presente che un'evoluzione con tratti paranoidei e psicotici non è esclusa, pongo Diagnosi di: Diagnosi: Episodio depressivo di media gravità (ICD10 32.1) Grado di capacità di lavoro: Il grado di capacità lavorativa e quindi di guadagno ha subito una riduzione pari almeno al 25% dalla fine 1996 con ulteriore riduzione nel 1997 e a tutt'oggi risulta dello 0%, non risulta collocabile, dato l'umore depresso, la marcata diminuzione di interesse e l'apatia, il rallentamento psicomotorio, l'estrema affaticabilità, i sentimenti di svalutazione, l'ideazione suicidale latente. Possibilità di migliorare la capacità di guadagno: Sono dell'avviso che sia lo stato psichico con la rispettiva sintomatologia clinica, sia la rispettiva sintomatologia clinica, sia il ridotto funzionamento socio-economico attuale, sia la giovane età dell'interessato (che conosce sufficientemente la lingua italiana), non esclude, anzi impone una presa a carico globale, quindi non esclusivamente medico-psichiatrica, ma anche riabilitativa per esempio una presa a carico sociale, come forse è più facile per un servizio psicosociale con operatori non esclusivamente medici (assistente sociale, tentativo di inserimento sociale e lavorativo eventualmente protetto inizialmente con l'obiettivo di un futuro provvedimento d'integrazione professionale). Osservazioni: Al momento dell'esame da parte mia non sussistevano gli estremi per confermare la diagnosi di un disturbo psicotico, tuttavia quanto osservato, costituisce pur sempre un quadro clinico serio e attualmente inabilitante. Le differenze tra le valutazioni dal punto di vista dell'abilità lavorativa sono di scarso rilievo. La prognosi è incerta, attualmente seria, con ciò concordo con il medico curante. Il peritando risulta attualmente indubbiamente inabile nella misura del 100% in qualsiasi attività lavorativa. Sono però dell'avviso che una progressiva riabilitazione non è esclusa, e forse in futuro un'attività lavorativa dal peritando sarà esigibile, come secondo me dal punto di vista terapeutico è esigibile ora l'elaborazione di un piano terapeutico (tramite una presa a carico maggiormente globale) che prenda in considerazione l'eventualità di una progressiva riabilitazione. Quindi una rivalutazione a distanza di un anno è opportuna. Nel frattempo il peritando potrebbe inserirsi in un laboratorio protetto sia in senso riabilitativo sia nel senso di un ergosocioterapia." (Doc. _)

Come indicato nella perizia, la Dr.ssa _____ aveva già avuto modo, in precedenza, di visitare l'assicurato e riguardo alle sue condizioni di salute si era così espressa nel "Rapporto sulla visita di controllo-fiducia del 20 agosto 1997" indirizzato alla _____: " (...) Anamnesi patologica remota: epatite B in passato. Disturbi attuali e stato psichico:

L'interessato si presenta puntuale all'appuntamento, curato nella persona, adeguato al contesto. È orientato, non emergono turbe del pensiero, nè per quanto concerne la forma, né per quanto concerne il contenuto. Non si evidenziano fenomeni dispercettivi. L'umore è di colorito scuro, si nota una tensione intrapsichica con svariati risvolti somatici, quali sensazione di debolezza, stanchezza, insonnia, cefalea, vertigini ecc. Egli riferisce di risultare inabile al lavoro più per la sintomatologia di epatite che non per motivi psichici (?). Diagnosi: Sindrome ansiosa-depressiva, non escludendo che parte della sintomatologia in effetti sia dovuta alla presunta compromissione epatica. Abilità lavorativa: 50% dal 1.9.97
Trattamento specialistico: Presso Dr.ssa _____." (Doc. _) Ancora, nel "Rapporto sulla visita di controllo-fiducia

E. 30

gennaio 1998" indirizzato al _____, ponendo quale diagnosi una sindrome ansioso-depressiva da sovraccarico psicogeno con prevalente componente ansiosa, la specialista concludeva per un'abilità lavorativa dell'assicurato nulla e una prognosi incerta: "Anamnesi: A Voi nota da precedente rapporto. Anamnesi intermedia: senza particolari. Da menzionare un tentativo di ripresa lavorativa fallito apparentemente al primo giorno. Inoltre ricovero all'ospedale di _____, dove è stato seguito dal punto di vista medico-psichiatrico da Dr. _____. Disturbi attuali e stato psichico: L'interessato si presenta puntuale all'appuntamento, ordinato nella persona, collaborante. Non emergono turbe del pensiero, né per quanto concerne la forma, né per quanto concerne il contenuto. Non si evidenziano fenomeni dispercettivi al momento della visita. L'umore è di colorito scuro, risulta estremamente ansioso, emerge una tensione interiore importante con tendenza a reazioni a corto circuito. A mio modo di vedere la sintomatologia clinica è in relazione prevalentemente con un disagio socioeconomico inerente al suo stato sociale (scadenza del diritto di disoccupazione, permesso di soggiorno, impegni familiari ecc.), quindi prevale il sovraccarico psicogeno per quanto concerne lo stato di sofferenza psichica più che una patologia psichiatrica vera e propria. Tale sofferenza compromette attualmente comunque, dati i sintomi clinici, l'abilità lavorativa. Diagnosi: Sindrome ansiosa-depressiva da sovraccarico psicogeno con prevalente componente ansiosa. Abilità lavorativa: Al momento attuale 0% Prognosi: incerta. Trattamento: In atto presso _____." (Doc. _) L'UAI, con decisione 18 dicembre 1998 ha stabilito che, sulla base della perizia medica 7 dicembre 1998 (cfr. doc. _), _____ presentava un grado d'invalidità del 75% a partire dal 1° marzo 1998, motivo per il quale veniva posto al beneficio di una rendita intera di invalidità a far tempo dal 1° marzo 1998 (cfr. doc. _). 2.8. In occasione della procedura di revisione, constatato che lo stato di salute dell'assicurato non è per nulla migliorato secondo quanto certificato il 29 gennaio 2000 dal medico curante (cfr. doc. _), l'amministrazione ha incaricato nuovamente la Dr.ssa _____ di eseguire una perizia (cfr. doc. _). Nel referto 15 febbraio 2001 la specialista ha posto la diagnosi di episodio depressivo di media gravità in parziale remissione, rimarcando quanto segue: " (...) Anamnesi intermedia: _____ A dire dell'interessato senza particolari, continua la sua vita quotidiana in seno alla famiglia con i suoi figli di sei rispettivamente tre anni, apparentemente sani, e la moglie, che continua a lavorare e svolgere l'attività in qualità di casalinga. I controlli ambulatoriali hanno luogo circa ogni tre settimane (presso Dr.ssa _____), non si è assistito durante questo periodo (dal 1998 a tutt'oggi) a recrudescenze della sintomatologia clinica, assume una terapia psicofarmacologica a base di: Haldol, Akineton, Temesta, Nozinan, Ludiomil, Efexor, Risperdal, Zyprexa (SIC!) comunque si è potuto assistere durante questo ultimo anno ad una discreta remissione della

sintomatologia clinica. Apparentemente non è stato ritenuto necessario, come preventivato nel rapporto precedente, un tentativo riabilitativo né è stato ampliato il piano terapeutico con una presa a carico più globale, senza assistere ad un peggioramento dello stato di salute psichica, che si è ristabilito parzialmente. Disturbi attuali e stato psichico:

_____ L'interessato si presenta puntuale all'appuntamento, ordinato nella persona, adeguato al contesto, orientato. Non emergono turbe del pensiero, né per quanto concerne la forma, né per quanto concerne il contenuto, non si evidenziano fenomeni dispercettivi. L'umore è di colorito leggermene scuro, fatto di per sé non patologico, ma la componente ansiosa risulta discretamente in remissione e le lamentele soggettive si limitano prevalentemente a ripercussioni somatiche, cefalea e tensione nucale. Appare dubbia l'assunzione della terapia psicofarmacologica summenzionata (e forse non tutto il male vien per nuocere), che anche in un soggetto che sopporta bene le terapie psicofarmacologiche, comporterebbe degli effetti collaterali non indifferenti. Diagnosi:

_____ Episodio depressivo di media gravità in parziale remissione. ICD 10 F 32.1

Grado di capacità di lavoro: _____ 50% dal 1.1.01 Prognosi:

_____ Incerta e non sfavorevole del tutto. Propongo, qualora il tentativo di ripresa lavorativa dovesse fallire, finalmente intraprendere la presa a carico nel senso di un inserimento lavorativo, non escludendo addirittura di raggiungere un grado di capacità lavorativa maggiore del 50%! Tali provvedimenti sanitari rispettivamente d'ordine lavorativo/professionale non aiuterebbero soltanto il soggetto a ricostruirsi un'identità personale più valida con effetto positivo sull'umore, ma risulterebbero anche preventivi per quanto concerne le ripercussioni negative che ha il suo " rifugio nella malattia " (dietro qualunque Diagnosi tale modalità si nasconde, in questo caso "psicosi atipica con impoverimento psicofisico e senza produttività delirante"), ripercussione negativa sul contesto familiare in senso lato, essendo a sua volta predisponente e patogeno anche nella prospettiva." (Doc. _) Sulla base di questa perizia, nella "Proposta segretario-ispettore" 19 novembre 2001, il funzionario AI ha osservato: " Dopo la perizia della Dr.ssa _____ riduzione del grado AI al 50% dal 01.02.2002 (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI) in quanto lo stato di salute si è ristabilizzato parzialmente." (Doc. _) La Dr.ssa _____ del SMR, dal canto suo, nella "Proposta medico" 23 novembre 2001, ha rilevato: " Preso atto della perizia psichiatrica del 15.02.2001 della Dr.ssa _____, la quale evidenzia una remissione parziale dell'episodio di media gravità con aumento della capacità lavorativa da 0 a 50% a partire dal 01.01.2001 (visita peritale del ottobre 2000). Per motivi ovviamente burocratici la perizia giunge alla mia attenzione purtroppo solo a distanza di quasi 10 mesi per cui non è da escludere che il caso abbia avuto nel frattempo un'ulteriore evoluzione clinica di cui non siamo a conoscenza (trascorso periodo di 13 mesi dall'ultima valutazione psichiatrica). Dunque prima della decisione di soppressione di rendita intera è opportuno che l'A. sia sottoposto ad ulteriore rivalutazione peritale per confermare lo stato di salute migliorato con descrizione precisa della funzionalità psichica e delle risorse ancora presenti. Vedi lettera Dr.ssa _____." (Doc. _) Sulla base di tali considerazioni, dunque, la Dr.ssa _____, in data 23 novembre 2001, ha inviato alla Dr.ssa _____ il seguente scritto: " La ringrazio per la sua rivalutazione peritale del summenzionato assicurato, avvenuta nell'ottobre 2000, con rapporto del 15.02.2001. Nell'ambito di questa rivalutazione, viene constatato un miglioramento della patologia psichiatrica con miglioramento pure della capacità lavorativa che dallo 0% sale al 50% a partire dal 01.01.2001. Per motivi ovviamente di ristrutturazione amministrativa, la perizia è giunta alla mia attenzione solo in data odierna, per cui non è da escludere che il caso abbia avuto

nel frattempo una ulteriore evoluzione clinica di cui non posso essere a conoscenza. Dunque, prima della decisione di soppressione di rendita intera, ritengo indispensabile una breve rivalutazione dell'assicurato da parte sua, per poter effettivamente confermare lo stato di salute migliorato in modo duraturo. Le sarei inoltre grata di una descrizione precisa dell'attuale funzionalità psichica e delle risorse ancora presenti, per facilitare il compito di un reinserimento professionale futuro. Le sarei grata di voler convocare direttamente l'assicurato per una rivalutazione peritale." (Doc. _)

Il perito ha quindi visitato nuovamente l'assicurato in data 20 marzo 2002, visita dalla quale è scaturito il seguente rapporto medico 31 maggio 2002: " ANAMNESI INTERMEDIA: senza particolari, svolgendo attualmente le medesime funzioni sociali nel contesto familiare, vale a dire di padre di famiglia, che accudisce i suoi figli, mentre la moglie nella famiglia assume apparentemente il ruolo dell'elemento socioeconomicamente funzionante, che svolge attività lavorativa al 100%, come riferisce l'interessato, in tal senso persiste praticamente l'inversione dei ruoli familiari tradizionali. Egli riferisce di aver un buon rapporto con i figli come pure con la moglie, in tal senso la situazione non è cambiata rispetto alla situazione di un anno ed oltre fa. Inoltre non è stato intrapreso apparentemente nessun tentativo terapeutico che miri ad un miglioramento del suo funzionamento socioeconomico, forse non ritenuto opportuno o indicato, né desiderato dall'interessato. Durante questo lasso di tempo comunque non si è assistito a recrudescenze della sintomatologia clinica e psichica, lo stato psichico risulta tuttora stabilizzatosi apparentemente in modo duraturo. Disturbi attuali e stato psichico: L'interessato si presenta puntuale all'appuntamento, ordinato nella persona, adeguato al contesto. L'espressione del viso è partecipe, per quanto concerne il contesto comunque piuttosto indifferente e l'atteggiamento piuttosto passivo. L'eloquio è spontaneo, la mimica normale, la coscienza ludica, ben orientata. Il rapporto di realtà risulta fluido, un po' finalistico. L'orientamento nello spazio e nel tempo è ben conservato. L'orientamento sul sé somatico risulta eccessivo, sul sé psichico nel limite della norma. La percezione è pronta, libera da errore, non si evidenziano disturbi dispercettivi, né fenomeni allucinatori. L'attenzione è sufficientemente buona, leggermente ridotta nell'ambito di un atteggiamento globalmente un po' passivo. La memoria sia di fissazione, sia di rievocazione, sia di rielaborazione è sufficientemente conservata, seppure un po' ridotta nell'ambito di un certo disinteressamento e di una mancanza di stimoli psicosociali, forse dovuti al mancato inserimento sociale. La comprensione è lenta, ma da considerare complessivamente sufficientemente pronta. L'ideazione non presenta disturbi formali, il flusso ideatico è normale, ma povero, comunque né interpretativo ed errato, né delirante. La critica è conservata. L'emotività appare spontanea ma scarsa, mentre l'affettività risulta modicamente depressa, ma non emerge un'inadeguatezza affettiva vera e propria né nell'ambito familiare, né in altri ambienti. La sfera volitiva risulta scarsa. Le lamentele soggettive si riferiscono prevalentemente ad insonnia, nausea e ansietà. Egli riferisce di assumere una terapia psicofarmacologica di Haldol 10mg 1 1 0 Leponex 100mg 1 0 2 Akineton Tale affermazione mi sorprende, non notando alcun effetto collaterale, né sedativo nonostante in particolare la quantità di clozapina che risulta non indifferente. Diagnosi: Episodio depressivo di media gravità in discreta ma parziale remissione (ICD 10 F 32.1) Abilità lavorativa, rispettivamente grado di capacità di lavoro: 50% dal 1.1.01 Prognosi: incerta ma a tutt'ora non sfavorevole. Non ha subito comunque un'evoluzione maggiormente positiva forse anche perché in tal senso non è stato effettuato durante gli ultimi anni apparentemente nessuno sforzo per migliorare la capacità lavorativa, del resto non facile, avendo l'interessato comunque fatto la scelta di svolgere praticamente le

mansioni di casalingo, ma a mio modo di vedere si tratta di una scelta, semmai, soltanto in parte dovuta al suo stato di salute." (Doc. _) A seguito delle risultanze peritali, con scritto 13 giugno 2002 l'UAI ha invitato l'assicurato a rispondere alle seguenti domande: " Nell'ambito della procedura di revisione del diritto alla rendita, lei si è sottoposto ad una valutazione peritale, dal rapporto della quale apprendiamo che è dedito alle mansioni prettamente casalinghe, mentre la moglie svolge un'attività lucrativa. A questo proposito la invitiamo a volerci rispondere per iscritto entro 10 giorni, alle seguenti domande: - In assenza dell'invalidità, ovvero presupponendo che lei fosse stato sano, e tenuto conto della sua situazione economica e sociale, oggi avrebbe svolto un'attività lucrativa oppure si sarebbe occupato solo delle mansioni casalinghe? - Se avesse esercitato un'attività lucrativa, in quale percentuale e con quali orari?" (Doc. _) In data 27 giugno 2002 l'assicurato ha risposto: " (...) Sono venuto in Svizzera a 20 anni, per 5 anni ho lavorato con piena efficacia c/o Ristorante _____ e 1 anno c/o _____ quale pizzaiolo. Mi sono ammalato nel 1996, ho fatto 2 ricoveri all'Ospedale _____ e alla Clinica _____, poi ho iniziato una cura psichiatrica, consigliata dalla Dr.ssa _____, ho ripreso il lavoro ma solo per 2 giorni perché stavo di nuovo male. Da allora sono sempre in cura dalla Dr.ssa _____ con neurolettici e antidepressivi. Purtroppo il mio stato psichico non migliora. 3 anni fa ho tentato di lavorare c/o _____, 3 giorni. Sono finito al Pronto Soccorso. Se io fossi sano sarei felice di lavorare come una volta. Per quel che concerne i lavori casalinghi li svolge mia moglie quando ritorna dal lavoro. Quando ho lavorato, ho lavorato al 100% con orario dalle 10:00 alle 14:00 e dalle 17:30 alle 23:30. Spero che ho risposto a tutto." (Doc. _) Viste le risposte dell'assicurato, il segretario ispettore dell'UAI si è rivolto, con scritto 12 novembre 2002, alla Dr.ssa _____, osservando: " Trattasi di revisione della rendita. L'A.o di 33 anni, ex pizzaiolo. Beneficia di una rendita del 75% dal 01.03.1998. Purtroppo si tratta di una revisione andata a rilento e come da sua lettera 23.11.2001 alla Dr.ssa _____ è stata rieseguita una perizia "psi" da noi giunta il 05.06.2002. La perizia conferma la precedente, indicando un miglioramento dello stato di salute dell'A.o. IL 50% dal 01.01.2001 , viene indicato che l'A.o ha scelto di svolgere le mansioni di casalingo, ma che si tratta di una scelta dovuta solo in parte a causa del suo stato di salute. Per questo motivo gli ho scritto (vedi lett. del 13.06.2002) e l'A.o risponde con lett. giunta il 25.06.2002, dicendo che senza il danno alla salute "avrebbe lavorato al 100%". Passaggio a mezza rendita grado AI dal 75% al 50% dal 01.04.2001 , dopo 3 mesi per perdurare del miglioramento (art. 88 a OAI), conferma?" (Doc. _) La Dr.ssa _____, nella "Proposta medico" 21 novembre 2002, si è così espressa: " Riassunto caso vedi precedente perizia psichiatrica Dr.ssa _____ del 15.02.201 e proposta medico del 23.11.2001. Ho preso atto della rivalutazione peritale eseguita il 20.03.2002 da parte della psichiatra Dr.ssa _____ con le seguenti conclusioni: Lo stato psichico risulta ora stabilizzatosi in modo duraturo con diagnosi di episodio depressivo di media entità in discreta ma parziale remissione. Viene confermata la capacità lavorativa del 50% a partire dal 01.01.2001. " (Doc. _) Visto quanto precede, l'amministrazione ha quindi confermato l'attribuzione di una mezza rendita d'invalidità a favore di _____.

2.9. 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. 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 125 V 353 consid. 3b/bb, 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). 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. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997, pag. 111). 2.10. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il perito, Dr.ssa _____, specialista nella materia che qui interessa, la quale ha compiutamente e a più riprese valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla incapacità al lavoro del 50% nella professione di pizzaiolo . Il ricorrente ha contestato la decisione dell'UAI, pronunciata sulla base delle risultanze delle perizie effettuate dalla Dr.ssa _____, rilevando che il suo medico curante, Dr.ssa _____, presso la quale egli è in cura da sei anni, ha sempre mantenuto la propria diagnosi di psicosi atipica mista con impoverimento psicofisico e senza produttività delirante, che comporta un'incapacità lavorativa al 100%; egli ha poi aggiunto che il miglioramento delle sue condizioni, di cui parla la perizia, è solo apparente, come conseguenza della pesante terapia farmacologica alla quale egli è sottoposto (cfr. doc. _). L'assicurato ha quindi fondato le proprie pretese su quanto certificato dal suo medico curante, la quale, con scritto 10 dicembre 2002 all'Ufficio AI, ha osservato: " Il paziente sopraccitato è in mia cura dal 1996. L'anamnesi vi è ben conosciuta. Durante questo periodo di 6 anni, l'ho seguito molto da vicino e regolarmente. Come ho scritto all'inizio del primo rapporto, il paziente soffre di una psicosi atipica e mista, come mi conferma questo periodo di osservazione clinica. Ho tentato numerose cure farmacologiche, antidepressivi tipo: LUDIOMIL, EFEXOR e neurolettici come: LARGACTIL, ZYPREXA, ORAP e da circa 2 anni: HALDOL 10 mg x 3, LEPONEX 200 mg alla sera, accompagnati da una psicoterapia di sostegno. Questa cura è tollerata molto bene dal paziente, ma purtroppo lo stato psichico rimane invariato, diminuzione dell'insonnia e delle ansie. Soprattutto si nota un impoverimento psicofisico in evoluzione, cioè con tendenza a peggiorare. Ho tentato più volte di stimolare il paziente per un lavoro, anche aiutato dal suo fratello, ma dopo solo alcuni giorni, ho avuto il fallimento a causa di una forte crisi d'ansia, idee paranoide sul posto di lavoro (La _____). Il paziente era conosciuto oltre che come un buon

lavoratore, anche come discreto giocatore di calcio, oggi però neanche questo non è in grado di svolgere. Il signor _____ ha ottenuto, giustamente, un'invalidità del 75%, che ora e dopo 3 anni d'attesa con 2 visite a breve tempo dalla Dr.ssa _____, gli è stata diminuita al 50%. Io chiedo come un caso psichiatrico, così difficile come signor _____ si può giudicare sano al 50% dopo una breve visita in 20 - 30 minuti. Chiedo per favore di prendere in considerazione questo mio rapporto e riportare la sua rendita al 75%, che clinicamente e socialmente era perfettamente giustificata." (Doc. _) In precedenza, nello scritto 29 gennaio 2000 inviato all'UAI, posta la diagnosi di stato psicotico con impoverimento psichico, la Dr.ssa _____ aveva osservato: " (...)

Dall'ultimo rapporto nulla è cambiato. Malgrado le cure farmacologiche, lo stato psichico del paziente non migliora. Confermo la rendita." (Doc. _) Occorre ricordare, per completare il quadro, che nel rapporto medico inviato all'UAI il 6 aprile 1998, il medico curante, posta la diagnosi di psicosi atipica con impoverimento psicofisico e senza produttività delirante, aveva rilevato: " (...) Il paziente di _____, sposato con 2 figli, conosciuto come buon lavoratore, un fratello debile di mente e uno depresso. Il paziente non sta bene da circa 2 anni e la sintomatologia è apparsa all'improvviso, è molto vaga e mista, soprattutto caratterizzata da ansie, disturbi somatici come mal di testa e nuca, gastralgie, dorme poco e male. Quando il paziente si è presentato in studio ha iniziato una cura antidepressiva combinata con ORAP, poi vi è stato un miglioramento e il paziente ha ripreso il lavoro ma solo per pochi mesi. In seguito si sente peggio, è molto lamentoso e bizzarro, non si concentra più al lavoro, non dorme e dal suo medico viene ricoverato alla clinica _____ dove fa flebo. Con questa terapia sta ancora peggio, è molto teso, bloccato, apatico, inappetente, si isola e non esce di casa, persistono dolori testa-nuca, è subsuicidale, però non vi è una produttività psicotica aperta, ma si nota un impoverimento psicofisico. Attualmente il paziente è in mia permanente cura da un anno, ho tentato tutte le possibili cure sia antidepressive che neurolettiche, ma ho ottenuto solo un leggero miglioramento con HALDOL e LARGACTIL. In seguito il paziente tenta un lavoro ma solo per pochi giorni, peggiora bruscamente, è agitato, forti ansie, proiettivo, all'ambiente di lavoro è paranoide. Attualmente il paziente è sotto la terapia di ZYPREX 10 mg., ma non vi è alcun miglioramento, persiste inibizione e abulia. Il paziente è inabile al lavoro al 100% da oltre un anno e la situazione familiare è molto precaria, per il momento non vi è possibilità per una ripresa lavorativa." (Doc. _) Proprio al fine di chiarire se l'assicurato ha subito o meno un miglioramento dello stato di salute dal punto di vista psichiatrico, l'UAI ha sottoposto _____ al consulto psichiatrico della Dr.ssa _____. La specialista, dopo la visita effettuata in data 20 marzo 2002, è giunta alla conclusione che negli ultimi anni si sia verificato un miglioramento del quadro psicopatologico dell'assicurato, con una conseguente limitazione della capacità lavorativa del 50% (cfr. doc. _). Ora, a mente del TCA, le seppur specialistiche ma più generiche e meno circostanziate certificazioni 29 gennaio 2000 (cfr. doc. _) e 10 dicembre 2002 (cfr. doc. _) della Dr.ssa _____ non sono sufficienti a mettere in dubbio la conclusione cui è pervenuta la Dr.ssa _____, in esito ad una approfondita indagine peritale evincibile dai combinati referti 15 febbraio 2001 (cfr. doc. _) e 31 maggio 2002 (cfr. doc. _) alla quale deve essere attribuita forza probatoria piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.9.). Pendente causa l'insorgente ha inoltre trasmesso al TCA un ulteriore rapporto medico datato 16 giugno 2003 redatto sempre dalla Dr.ssa _____, del seguente tenore: " Come da richiesta dell'avv. _____ rilascio il certificato per il sig. _____. Il paz. è in mia cura dal 1996 e per uno stato psicotico in evoluzione da personalità primitiva. Il paz. è stato

curato con numerose cure sia antidepressive (Ludiomil, Efexor) che neurolettiche (Largactil, Zyprexa, Orap) ultimamente e da circa 2 anni il suo stato psichico è leggermente migliorato con una cura di Haldol per via im + per os 10 mg x 3, Leponex 2000 ma purtroppo persiste una inibizione psico-fisica che rende il paz. incapace di concentrarsi in qualsiasi lavoro. La cura è ben tollerata dal paz.. Ogni tentativo di reinserimento al lavoro è fallito. Noto, l'ultima ricaduta di circa 2 mesi fa con ripresa di Haldol 5 mg. (...). Il paz. è inabile al lavoro al 100%." (Doc. _) L'attestazione medica della Dr.ssa _____ è stata trasmessa, prima della risposta di causa, all'UAI (cfr. doc. _). L'amministrazione ha constatato l'esistenza di una contraddizione in quanto certificato dalla Dr.ssa _____, la quale, pur riconoscendo da un lato un miglioramento delle condizioni di salute ("...ultimamente e da circa due anni il suo stato psichico è leggermente migliorato con una cura di...", cfr. doc. _), dall'altro è poi giunta alla conclusione che l'assicurato è inabile al lavoro al 100%. L'UAI ha al proposito rettamente rilevato che considerato il grado d'invalidità dell'assicurato prima della revisione (75%) ed essendoci stato, per stessa ammissione del suo medico curante, un leggero miglioramento nel corso degli anni, non risulta sostenibile che egli sia ora invalido al 100% (cfr. doc. _). Viste le chiare conclusioni espresse nella perizia 31 maggio 2002 della specialista, Dr.ssa _____, che ha avuto modo di visitare l'assicurato a più riprese (cfr. referto medico 13 settembre 1997, doc. _; referto medico 4 febbraio 1998, doc. _; referto medico 7 dicembre 1998, doc. _ e infine, referto medico 15 febbraio 2001, doc. _), ritenuto inoltre come la stessa Dr.ssa _____, curante da molti anni dell'assicurato, ha riconosciuto che ultimamente (da circa 2 anni) lo stato psichico del signor _____ è leggermente migliorato grazie alle cure cui egli è stato sottoposto (cfr. doc. _), questo Tribunale non può che confermare la valutazione operata dall'amministrazione. 2.11. _____ ha chiesto di ordinare una perizia per accertare il suo stato di salute (cfr.doc. _). Al proposito si osserva 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. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 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). In casu , secondo il TCA, la documentazione medica agli atti è sufficiente per pronunciare il presente giudizio. Ne consegue la reiezione del gravame e la conferma del querelato provvedimento.

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