

## **TI\_GERICHTE 32.2003.74 vom 14. Juli 2003**

TI Tribunale d'appello, 2003-07-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2003.74](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2003.74)

FR: TI\_GERICHTE 32.2003.74 du 14 juillet 2003

IT: TI\_GERICHTE 32.2003.74 del 14 luglio 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 \_\_\_\_\_ ha diritto ad una rendita d'invalidità anche dopo il 30 novembre 2002. 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, pagg. 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 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 (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 p. 182 consid. 3, 1990 p. 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; Pratique 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 p. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; Scartazzini, op. cit, p. 232; Cattaneo, Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, pagg. 316ss, 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).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito 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 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 del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). 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 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). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B. [I 441/99]; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

2.5. Nella presente fattispecie con referto 21 agosto 2002 i medici del Servizio psico-sociale di Lugano, dr. \_\_\_\_\_, psichiatra e psicoterapeuta, e dr. \_\_\_\_\_, hanno evidenziato quanto segue: " 5.

Valutazione e prognosi Si tratta di un paziente di origine serba, sposato con due figli, di professione autista, che si trova in Ticino dal 1985 dove ha lavorato presso una ditta di trasporti internazionali, senza accusare assenze di rilievo. Fino all'inizio del 2000 non sono noti problemi di natura psichiatrica. A partire da qual momento insorge una sindrome descritta come ansiosa-depressiva che necessita dapprima di un ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_ ed in seguito una cura ambulatoriale presso la psichiatria Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che certifica un'inabilità lavorativa nella misura del 100% a partire dal luglio 2000. Vengono pure diagnosticati degli attacchi di panico grave quando il paziente frequenta luoghi affollati e/o chiusi. Il licenziamento, divenuto effettivo nell'aprile 2001, peggiora in un primo tempo la sintomatologia clinica al punto che il paziente viene nuovamente ricoverato presso la Clinica \_\_\_\_\_ per due settimane. Da allora il paziente continua regolarmente la presa a carico specialistica ambulatoriale ed assume regolarmente del Floxyfral in associazione con Lexotanil. Il quadro clinico sopradescritto, sembra essere insorto nel contesto di un cambiamento nelle abitudini lavorative. Gli sono stati imposti non più dei viaggi in paesi lontani ma dei viaggi in Germania ed in Svizzera interna, con orari molto più rigidi e tempi di consegna controllati. Ha fatto fatica ad adattarsi a questa nuova situazione, esternando sentimenti di inadeguatezza e di frustrazione. Il paziente presenta un quadro pervasivo di grandiosità e di necessità di ammirazione. La sua autostima è tuttavia fragile. E' evidente un senso di diritto, nelle aspettative di trattamenti speciali e quando questo non accade è sconcertato e talvolta furioso. C'è anche una relativa impulsività caratterizzata da momenti di abuso di alcool e di dedizione al gioco d'azzardo. La relativa stabilità dell'immagine di sé, così come anche la relativa mancanza di autodistruttività, indicano piuttosto un disturbo narcisistico di personalità (che non un disturbo borderline). Il decorso appare caratterizzato, almeno dall'inizio di quest'anno, da un miglioramento sintomatologico che si esprime con l'assenza di attacchi di panico o altre difficoltà particolari quando è fuori casa e da un quadro depressivo che al momento attuale qualificabile come leggero. E' pure significativo il fatto che il paziente a tutt'oggi guidi l'automobile senza disagi particolari o comunque tali, a dire dei medici curanti, da giustificare il ritiro della patente. Per tutti questi motivi, riteniamo che da un punto di vista medico-psichiatrico, le sue condizioni di salute siano tali da permettergli un'attività come autista sul territorio del Canton Ticino (quindi senza più viaggi logoranti in Svizzera interna o in altri paesi europei). In tale attività egli può essere considerato abile al 100% senza altre limitazioni. In via subordinata, egli potrebbe pure lavorare come magazziniere o operaio. Da un punto di vista clinico, la prognosi è favorevole anche se il paziente non appare molto motivato a ritenere un nuovo inserimento lavorativo.

**B. Conseguenze sulla capacità di lavoro**

**1. Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati**

**1.1 A livello psicologico e mentale** Sulla base della nostra valutazione, al momento egli appare in grado di svolgere un'attività lavorativa nella misura del 100%. Per quanto riguarda la sua attività lavorativa prima dell'esordio della malattia, non emergono validi elementi di ordine psichiatrico che controindichino la ripresa di tale attività (per esempio sindromi fobiche con evitamento delle situazioni connesse con l'attività). Infatti, il peritando, a tutt'oggi guida un'automobile e ha riferito di aver passato la galleria del San Gottardo dopo il noto incidente del 2001. D'altra parte, se persistesse la grave sindrome da attacchi di panico, dal profilo medico, il peritando sarebbe da ritenere non idoneo alla guida di un veicolo a motore.

**1.2 A livello fisico** I problemi di ordine fisico del peritando non incidono sulla sua capacità lavorativa. Anche il medico curante, Dr. med. \_\_\_\_\_ condivide questa nostra opinione.

**1.3 Nell'ambito sociale** In base alle

constatazioni obiettive e ai dati soggettivi non sussiste una compromissione delle capacità relazionali del peritando. Per contro il peritando sostiene di frequentare ancora alcuni amici intimi. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? Come già descritto dal profilo psichiatrico non emergono validi elementi che controindichino la ripresa di tale attività. 3. L'ambiente di lavoro dell'assicurato è in grado di sopportarne i disturbi psichici? Sì. C. Conseguenze sulla capacità di integrazione Data l'entità del quadro clinico sopradescritto, riteniamo non indicati provvedimenti d'integrazione." (doc. \_) In data 18 novembre 2002, la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra e psicoterapeuta, ha osservato: " il paziente è ancora in mia cura ambulatoriale intensiva in quanto nonostante una adeguata terapia antidepressiva (Floxyfral 100mg 1-0-0-2) e ansiolitica (Lexotanil 3 mg cp 1 x 3 al giorno + 2 cpr. di riserva) presenta ancora frequenti attacchi di panico ed uno stato depressivo grave con sindrome apatico, abulico, anedonica e grave insonnia. Dal 1999 il paziente soffre di un disturbo da attacchi di panico grave: il primo episodio avvenne mentre era alla guida di un tir nel tunnel del \_\_\_\_\_. Viene descritto dal paziente come un attacco di panico classico, che lo colse in maniera improvvisa ed inaspettata; da allora ebbe numerosi attacchi. Tale disturbo insorse nel contesto di una situazione di stress legata ad una mutata realtà lavorativa che imponeva consegne quotidiane in località urbane extracantonali ad orari fissi ed immutabili su tragitti standard. Il decorso si complicò poi con l'insorgenza di uno stato depressivo con sindrome apaticoabulica-anedonica via via peggiorato specie dopo il licenziamento che fu vissuto dal paziente come elemento di squalifica, come un fatto ingiusto mentre era ammalato. (Tale evento peggiorativo fu da me segnalato nel rapporto dell'Aprile 2001). Ha avuto la sensazione di essere stato "usato" e poi "gettato" perché non più abile al lavoro. Già nel Marzo 1999 il paziente aveva informato il datore di lavoro della sua malattia decidendo di licenziarsi "in tronco", decisione impulsiva legata allo stato ansioso-depressivo con la convinzione di non essere più all'altezza di nulla. A causa degli attacchi di panico gravi il paziente si è inoltre via via più isolato, rifuggendo il contatto con gli altri, limitando le uscite con amici e familiari. A livello familiare la situazione in questi 3 anni si è deteriorata: il paziente nervoso, facilmente irritabile, diventava irascibile verso moglie e figli. In un'occasione intervenne anche la polizia nel contesto di un grave diverbio con il figlio secondogenito. Il paziente è inoltre costantemente presente al domicilio, è totalmente dipendente dalla moglie: realtà diametralmente opposta alla vita familiare precedentemente il 1999. Il paziente non riesce a pensare ad alcun progetto concreto per sé e per la famiglia. Non riesce a gestire la situazione del figlio secondogenito adolescente a causa del suo stato depressivo. Il rapporto con la moglie è diventato altamente conflittuale: la perizia non tiene in alcun conto né la situazione di conflitto coniugale, la situazione familiare, né le ripercussioni delle stesse sullo stato psichico del paziente. Il conflitto coniugale (segnalato anche nel rapporto di dimissione relativo alla degenza del Giugno 2001 c/o Clinica \_\_\_\_\_) giustifica e impone un colloquio con la moglie, omesso dai periti. Dissento dai periti che a pag. 8 ultimo capoverso (4.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro) riferisce: "l'esame psichiatrico confrontato dai ..... in remissione" e parla di "anamnestica sindrome depressiva di media gravità accompagnata da disturbo da attacchi di panico in remissione". Il paziente presenta una sindrome depressiva grave con quadro apatico, abulico, anedonico grave senza sintomi psicotici. Inoltre è ancora affetto da episodi di attacchi di panico per nulla in remissione. Il paziente ha inoltre cercato di continuare il lavoro per quasi un anno nonostante la malattia già in corso: fu dichiarato inabile al 100% nel luglio 2000. Il paziente non riferisce alcun miglioramento

sintomatologico tale da indurre i periti a parlare di "quadro depressivo leggero" (vedi pag. 6 cap.2. dati soggettivi dell'assicurato, e vedi pag. 8 colloquio con Dr. med. \_\_\_\_\_). La diagnosi quindi di sindrome depressiva di quadro lieve o medio è errata tanto più che i periti parlano di anamnestiche sindrome depressiva di media gravità alla pag. 8 cap 4.1. e di "quadro depressivo che al momento attuale è qualificabile come leggero" pag. 10 righe 23-24 (contraddizione diagnostica). Essendo chiamata in causa preciso inoltre che non ho mai detto al perito Dr.med. \_\_\_\_\_ che "eventualmente entrerebbe in considerazione un'attività come magazziniere". Ho detto che il paziente è per me inabile al 100% in modo continuo dal luglio 2000 come autista e che consideravo il paziente come candidato ad una rendita AI. La conclusione di considerarlo idoneo come magazziniere è del perito e non mia visto che per 2 anni è tuttora continuo a considerarsi il paziente inabile al 100% in ogni professione. Dissento dai periti totalmente per ciò che riguarda il punto 5 compreso B 1, 1.1 e 1.3, 2.1. L'inabilità lavorativa completa da me certificata dal 14.07.2000 era ed è giustificata dal quadro abulico, astenico, ansioso e dagli attacchi di panico." (doc. \_) In data 9 gennaio 2003, il dr. \_\_\_\_\_, medico curante, ha osservato: "preso atto della perizia del Dr. \_\_\_\_\_, faccio notare che le condizioni di salute dell'interessato nelle ultime settimane sono peggiorate e la depressione nervosa è notevolmente aumentata di intensità. Il paziente è molto nervoso e a tratti violento anche verso i suoi familiari. Viste le condizioni di salute dell'interessato, a mio parere, non può condurre autovetture neanche nel Canton Ticino." (doc. \_) In data 15 aprile 2003, la dr.ssa \_\_\_\_\_, rispondendo al legale dell'assicurato, ha confermato di avere in cura ambulatoriale psichiatrica intensiva \_\_\_\_\_, il quale continuerebbe a presentare frequenti attacchi di panico e uno stato depressivo grave con sindrome apatico-abulica-anedonica e grave insonnia. Egli inoltre sarebbe ancora sottoposto ad una terapia antidepressiva adeguata (doc. \_). In data 9 luglio 2003, i medici del Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_, dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_, prendendo posizione sulle osservazioni dei medici curanti, hanno precisato quanto segue: "con riferimento alla vostra richiesta del 3 giugno 2003, provvediamo a rispondere alle critiche ed osservazioni prodotte dai colleghi e dal rappresentante legale del sopraccitato paziente riguardo alla perizia da noi effettuata nell'agosto 2002. Come già riferito nella perizia, la nostra valutazione era basata sui colloqui con il peritando, un colloquio telefonico con il dr. med. \_\_\_\_\_ ed un colloquio telefonico con la dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Nel corso dei 3 colloqui con il peritando non è emerso un quadro clinico riferibile ad una sindrome depressiva grave. Infatti anche il peritando con le sue affermazioni non descriveva un quadro patologico di tale gravità: "la deflessione del tono dell'umore non è stabile e ci sono giorni in cui mi sento abbastanza bene, mi sento meglio con l'attuale terapia farmacologica che ha comportato un netto miglioramento dell'ansia e della depressione." Per quanto riguarda l'altro disturbo (attacchi di panico) anche per questi disagi, il peritando riferiva che da diversi mesi non avrebbe avuto alcuna crisi importante. Oltre a questi dati soggettivi, anche dalla nostra constatazione obiettiva non è emerso un quadro clinico di gravità tale, come invece descritto dal medico curante. A nostro avviso, per un quadro depressivo grave non è adeguato un trattamento farmacologico antidepressivo con 300 mg di Floxifral al dì per più di 2 anni. Nel corso di questi anni di trattamento non è stata proposta una modifica del dosaggio del farmaco o una sua sostituzione, vista l'asserita permanenza del quadro depressivo grave. Inoltre, al momento della nostra valutazione, il peritando riferiva che non assumeva regolarmente tale farmaco e ciò non per scarsa "compliance" ma perché sosteneva un miglioramento delle sue condizioni psichiche. In riferimento alla sindrome da attacchi di panico, come già riferito

nella nostra perizia, a nostro avviso, un soggetto che realmente dovesse presentare frequenti gravi attacchi di panico non sarebbe da ritenere idoneo alla guida di un veicolo a motore, ma nessuno dei medici curanti, ha mai proposto la revoca di tale permesso! In merito alle osservazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ riguardo all'attuale situazione familiare del peritando, segnaliamo che la perizia ha tenuto conto di tale situazione, ma va ancora precisato che la nostra valutazione peritale era innanzitutto mirata ad accertare l'incapacità lavorativa del peritando. In altre parole bisognava valutare clinicamente l'incidenza della conflittualità coniugale e le difficoltà che mostrava il peritando a gestire suo figlio adolescente e gli effetti di tutti questi fattori sulla sua capacità lavorativa. A nostro avviso i conflitti coniugali e le difficoltà col proprio figlio, non hanno delle ripercussioni determinanti sull'abilità lavorativa. È nostra prassi contattare il medico curante per raccogliere informazioni sul decorso della malattia ed i risultati della cura. Durante tale colloquio vengono comunicate e discusse le conclusioni della nostra valutazione. Nella maggior parte dei casi c'è una condivisione delle conclusioni, ma a volte, le conclusioni peritali non corrispondono con l'opinione del medico curante. In nessun caso, il perito modifica le dichiarazioni dei colleghi. In particolare ricordiamo (come risulta dai nostri appunti del colloquio telefonico con la dr.ssa \_\_\_\_\_), che il medico curante stesso ha menzionato la possibilità di un'attività lavorativa alternativa come magazziniere! A livello diagnostico va segnalato che la diagnosi di una sindrome depressiva di media gravità è stata posta dai colleghi della Clinica \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Al momento della nostra valutazione, in base alle nostre constatazioni obiettive e secondo i dati soggettivi dello stesso paziente, il quadro psicopatologico presentava una sintomatologia depressiva di lieve entità. Per questo motivo è stata formulata anche la diagnosi di depressione di media gravità in remissione (considerato i dati anamnestici). Per quanto riguarda il certificato medico del dr. \_\_\_\_\_, segnaliamo che il collega ha evidenziato un peggioramento delle condizioni psicofisiche del peritando riferito al mese di gennaio 2003. Non vi è alcun riferimento alle condizioni del peritando al momento della perizia. Non avendo più rivisto il paziente non siamo in grado di confermare un peggioramento delle sue condizioni di salute. In conclusione per quanto riguarda le osservazioni dell'avv. \_\_\_\_\_, riteniamo che l'isolamento sociale, l'abuso di alcool, i comportamenti aggressivi e l'assunzione della terapia farmacologica, di cui il paziente, secondo l'Avvocato sembra essere dipendente, possano in teoria incidere sulla sua attività lavorativa. Questi aspetti sono stati opportunamente considerati nella nostra perizia e valutati nella loro incidenza sulle capacità lavorative. Facciamo comunque rilevare che i medici curanti non hanno mai proposto la revoca della licenza di guida malgrado (secondo le parole dell'Avvocatessa) nel paziente "ci sia il "sospetto relativo all'abuso di alcool" e che il paziente "si presenti in maniera violenta" e che infine "ci sia uno stato di dipendenza da sostanze medicamentose"! Ad ogni buon conto ribadiamo che il paziente è senz'altro in grado di svolgere un'attività alternativa ad esempio come magazziniere. Infine, dalle osservazioni che ci sono state trasmesse da parte dei curanti e dell'Avvocato, non sono emersi elementi nuovi o comunque tali da modificare le conclusioni del nostro rapporto peritale. " (doc. \_) 2.6. Perché 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 (Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti;

Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a; Pratique VSI 3/1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 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, pag. 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) . Lo stesso vale per le perizie fatte eseguire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). 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 (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 111). Inoltre, nella 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei 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). 2.7. In concreto, in esito ad un approfondito e dettagliato esame

dello stato di salute dell'assicurato, nel referto 21 agosto 2002 - cui va senz'altro attribuito pieno valore probatorio conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali - i periti, sulla base di tre consultazioni con l'assicurato, di un colloquio telefonico con il dr. \_\_\_\_\_ e con la dr.ssa \_\_\_\_\_, dall'esame degli atti medici a loro disposizione, dopo illustrazione dei dati anamnestici (anamnesi familiare, personale, evoluzione di risorse e deficit, sviluppo della terapia e suoi risultati) dei dati soggettivi e delle costatazioni obiettive (status psichiatrico), sulla scorta di una approfondita valutazione anche dal profilo prognostico, hanno quindi concluso che l'assicurato, affetto da una sintomatologia depressiva di lieve entità (eventualmente depressione di media gravità in remissione, cfr. doc. \_ pag. 8-9, doc. \_) presenta, dal punto di vista psichiatrico, una piena capacità lavorativa, evidenziando inoltre, per quanto riguarda i problemi di ordine fisico (lombosciatalgia), che essi non incidono sulla sua capacità lavorativa e rilevando infine che l'abuso di alcool, i comportamenti aggressivi e l'asserita dipendenza farmacologica non si ripercuotono sulla capacità al lavoro. Al contrario di quello che sostiene il patrocinatore del ricorrente tale aspetto è stato valutato e preso in considerazione dai periti, i quali lo hanno analizzato, giustamente, in relazione all'incapacità lavorativa dell'assicurato (cfr. doc. \_). In merito all'appunto della dr.ssa \_\_\_\_\_ secondo cui non avrebbe mai comunicato ai periti che il ricorrente potrebbe eventualmente lavorare quale magazziniere, il TCA si limita a constatare che, indipendentemente dal fatto che la dr.ssa \_\_\_\_\_ abbia o meno comunicato tale possibilità, ad ogni buon conto i periti non l'hanno esclusa (essi hanno inoltre precisato che potrebbe essere impiegato anche quale operaio, cfr. doc. \_). Essi, tuttavia, hanno chiaramente stabilito che l'assicurato è abile al 100% quale autista sul territorio del Canton Ticino, evitando quindi viaggi logoranti all'estero e in Svizzera interna. Oltretutto, come rettamente rilevato dai periti, all'assicurato non è mai stata revocata la patente di guida, né i medici curanti ne hanno postulato il ritiro (il ricorrente ha dichiarato comunque ai periti che dopo l'attacco di panico del 2001 ha attraversato di nuovo il Gottardo ed ha continuato a guidare l'automobile, doc. \_). Solo in corso di causa il dr. \_\_\_\_\_ ha certificato che a causa di dolori muscolari alla coscia sinistra (quindi nulla a che vedere con problemi d'ordine psichiatrico), \_\_\_\_\_ non può più condurre autoveicoli per lunghi tragitti (allegato \_). Per lo svolgimento della perizia, i periti incaricati si sono basati fondamentalmente sulle dichiarazioni dell'assicurato. Essi hanno avuto, per ben tre volte un contatto diretto con il ricorrente, per cui questo TCA non può scostarsi senza validi motivi dalle conclusioni cui sono giunti, né sono stati del resto rilevati indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Del resto la perizia è stata confermata dal dr. \_\_\_\_\_ (SMR), il quale l'ha ritenuta "assolutamente attendibile" (cfr. doc. \_). Dopo attenta verifica dei rapporti/osservazioni dei medici curanti (che sostanzialmente contestano unicamente le conclusioni della perizia, salvo quello del 9 gennaio 2003 del dr. \_\_\_\_\_ con cui comunica semplicemente all'UAI un peggioramento dello stato di salute del ricorrente, cfr. doc. \_) non si può nemmeno affermare che dopo la perizia del 21 agosto 2002 si sono presentati nuovi elementi che permettono di ipotizzare un rilevante peggioramento dello stato di salute del ricorrente. Stante quanto precede, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze peritali, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag.

61) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221) -, 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, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che successivamente al 30 novembre 2002 \_\_\_\_\_ non presenta un'invalidità ai sensi della LAI. A giusta ragione, quindi, l'UAI ha respinto la domanda di prestazioni a far tempo dal 30 novembre 2002. Ne consegue la conferma del querelato provvedimento e la reiezione del gravame. 2.8. A proposito del certificato medico 18 settembre 2003 del dottor \_\_\_\_\_ prodotto agli atti in corso di causa (allegato B doc. \_), va rammentato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Ne consegue che il succitato atto medico non può essere preso in considerazione, poiché attesta una situazione di fatto posteriore alla decisione contestata del 26 marzo 2003. Ciononostante, ai fini dell'economia processuale, eccezionalmente il giudice può anche tener conto dei fatti intervenuti posteriormente alla decisione impugnata, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263) e siano suscettibili di influenzare il giudizio (RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In casu, il rapporto medico in discussione non è tuttavia sufficiente per far luce in modo completo e preciso sull'eventuale natura invalidante dei dolori accusati alla coscia sinistra (allegato B doc. \_). Spetta al ricorrente inoltrare semmai un'ulteriore domanda di rendita ed allegare la pertinente nonché completa documentazione relativa ai nuovi disturbi somatici. 2.9. \_\_\_\_\_ ha chiesto l'assunzione dei seguenti mezzi di prova: "(...) -- audizione della d.essa med. \_\_\_\_\_ e del dr. Med. \_\_\_\_\_ che vengono già sin d'ora svincolati dal segreto professionale - perizia medica relativa alla capacità al guadagno del ricorrente quale teste (...)"(Doc. \_) 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; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998. pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, Berna 1983, pag. 274; si veda pure DTF 122 II 469 consid. 4.1; 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 validi motivi per ritenere inaffidabile la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, motivo per cui l'audizione dei medici curanti (tra l'altro le loro valutazioni sono presenti agli atti) e l'espletamento di una perizia giudiziaria non sono da ritenere necessari.