

## **TI\_GERICHTE 32.2008.85 vom 26. März 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-03-26, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.85](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.85)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.85 du 26 mars 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.85 del 26 marzo 2008

### **Regeste**

UAI ha a giusta ragione accordato all'assicurato una rendita limitata nel tempo, poi soppressa a partire dal 1.11.07, ritenuto che dal mese di agosto 2007 l'interessato è pienamente abile al lavoro sia nella sua professione, sia in altre attività, come stabilito dalla perizia psichiatrica del CPAS

### **Erwägungen**

#### **E. 2.1**

En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

#### **E. 2.2**

Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

### **E. 2.3**

Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

### **E. 2.6**

Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA 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 fra l'altro 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). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

## **E. 2.7**

Generalmente le depressioni reattive non sono considerate affezioni invalidanti, poiché di regola sono facilmente influenzabili e scompaiono dopo poco tempo, ad esempio se viene meno la causa di tale affezione (DTF 127 V 294 consid. 4a con riferimento alla sentenza del TFA non pubblicata del 28 dicembre 1981, 585/79; Meyer-Blaser, op. cit., pag. 17). Al riguardo, in un caso giudicato dal TCA, in cui un assicurato aveva sviluppato uno scompenso ansioso depressivo reattivo principalmente dovuto alle innovazioni introdotte sul posto di lavoro - scompenso che, anche a detta del perito, era migliorato dopo l'interruzione dell'attività lavorativa – questo Tribunale ha confermato l'inabilità lavorativa dell'assicurato nella sua precedente attività presso il precedente datore di lavoro, considerando per il resto l'assicurato pienamente abile al lavoro sia nella sua attività presso un altro datore di lavoro, sia in altre attività (cfr. STCA 32.2004.111 del 2 giugno 2005). In una sentenza K 98/00 del 7 dicembre 2000, pubblicata in RDAT II-2001, N. 88, pag. 366, il Tribunale federale ha stabilito che non si giustifica l'erogazione di indennità giornaliera per perdita di guadagno causata da malattia, qualora un assicurato soffra di problemi depressivi causati unicamente da conflitti sul posto di lavoro (mobbing). In tali condizioni, secondo l'Alta Corte, l'assicurato deve immediatamente procedere ad un cambiamento di datore di lavoro. Al contrario, in un sentenza 32.04.31 del 7 novembre 2005, concernente un assicurato, ritenuto dall'amministrazione inabile al lavoro solo con riferimento specifico al suo precedente posto di lavoro, ma pienamente abile nella stessa professione da svolgere presso altri datori di lavoro, il TCA ha annullato la decisione dell'UAI e ha attribuito all'interessato una rendita intera di invalidità, ritenendolo affetto da una sindrome ansioso-depressiva di carattere duraturo, ciò che non è raro nel caso di gravi e durevoli tensioni sul posto di lavoro. (Si veda ad esempio la sentenza del Tribunale federale 4C .293/2004 del 15 luglio 2005, in materia di diritto del lavoro, concernente un assicurato licenziato dopo notevoli tensioni sorte sul posto di lavoro, nella quale il Tribunale federale ha, tra l'altro, ricordato che "le licenciement a eu des répercussions sur le psychisme de A. \_\_\_\_\_ et l'Office AI du canton de Vaud lui a reconnu un droit à une rente ordinaire d'invalidité à 50% de janvier à juin 1999, puis de 100 % dès juillet 1999, pour lesquelles il a reçu les rentes afférentes, de même que des rentes mensuelles d'invalidité de sa caisse de prévoyance, dans les mêmes termes").

## **E. 2.8**

Nella decisione del 26 marzo 2008, l'UAI ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo dal 1° febbraio 2007 al 31 ottobre 2007, sopprimendola poi a partire dal 1° novembre 2007, ritenuto che dalla perizia del Centro peritale è emerso che l'interessato è abile al lavoro al 100% in qualsiasi attività a partire dal mese di agosto 2007. Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3., 2.4. e 2.5., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° novembre 2007. 2.9. Per chiarire la situazione dal profilo medico, l'UAI ha affidato al Centro peritale per le assicurazioni sociali di \_\_\_\_\_ l'incarico di eseguire una perizia psichiatrica. Nel suo rapporto peritale del 20 settembre 2007, la dr.ssa \_\_\_\_\_, medico assistente, ha ritenuto non sussistere alcuna diagnosi invalidante. La specialista si è così espressa: " (...) 6. VALUTAZIONE E PROGnosi Siamo confrontati con un uomo di 51 anni che ha sempre mostrato un buon funzionamento sia in ambito lavorativo che professionale fino al 2003, anno in cui lamenta i primi disturbi della sfera psichica ascrivibili ad un quadro reattivo ad una situazione conflittuale e di

insoddisfazione sul posto di lavoro. Dai colloqui avuti in sede peritale e dalla narrazione personale, emergono caratteristiche personologiche di rigidità e limitata capacità a sopportare le frustrazioni, elementi quest'ultimi però non significativi di patologia psichiatrica. Sulla base di tali caratteristiche, i cambiamenti avvenuti in ambito professionale negli anni successivi (cambio di ruolo professionale, cambio di superiori, ...) hanno portato l'assicurato a sviluppare una crescente tensione interiore ed una difficoltà ad adattarsi alle nuove condizioni, fino all'abbandono completo dell'attività lavorativa. Le difficoltà riportate sono tutte descritte come superabili con sforzi volitivi ("non riesco a fare le cose di mia iniziativa, ma se la moglie insiste le faccio; ...; ho paura delle situazioni nuove, ma dopo 15 min va meglio; ...; vorrei dormire al pomeriggio, ma mi sforzo di non farlo così dormo meglio di notte; ..."). Inoltre è presente una modalità di narrarsi ricca di particolari e di elementi forniti spontaneamente, che non depone per un quadro depressivo maggiore. Egli stesso parla di "piaceri della vita" ammettendo di aver bene in chiaro cosa gli rechi ancora piacere e cosa no: sorridendo riferisce che lui stesso si dedica alla preparazione dei pasti da lui preferiti. Lamenta un calo energetico, ma riesce comunque ad alzarsi alle 7.00 del mattino, coricandosi verso le 24.00-01.00 e tentando ancora di leggere a letto. Per quanto attiene alle risorse relative alla possibilità di trovare nuovi impieghi, riteniamo che non vi siano reali limiti, bensì un atteggiamento di evitamento di nuove delusioni: dopo un unico tentativo di richiesta di assunzione, che non è risultato corrispondente alle sue aspettative iniziali, egli ha deciso di interrompere le ricerche. È lamentata una tristezza che appare peraltro congrua agli eventi ed una stanchezza generalizzata alla quale riesce tuttavia a far fronte. L'assenza di piaceri e stimoli è contrastata dall'espresso desiderio di star meglio. L'ansia rispetto a situazioni nuove, è contenibile e fondamentalmente non lo limita e la rabbia descritta non ha mai portato a comportamenti violenti o esplosioni incontrollate ed è ben criticata. Gli elementi caratteristici di un quadro depressivo maggiore o perlomeno di entità media, non sono pertanto oggettivabili. Per quel che riguarda la diagnosi di disturbo di personalità emotivamente instabile, posta dal dr. \_\_\_\_\_, ci limitiamo a sottolineare che notoriamente tale disturbo si manifesta nella prima età adulta, tendendo piuttosto ad un ridimensionamento del quadro psicopatologico con l'avanzare degli anni. Posto che tale diagnosi sia verosimile, appare dissonante che fino al 2003 non abbia comportato alcuna limitazione funzionale, nè in ambito professionale, nè in ambito sociale: al contrario l'assicurato ha sempre agito in maniera determinata e stabile, secondo le proprie convinzioni e i propri vissuti, mantenendo una solida coerenza interna, poco caratteristica del disturbo sopraccitato. Ha potuto sposarsi mantenendo la relazione coniugale anche in presenza di impossibilità di avere figli (caratteristico del disturbo di personalità emotivamente instabile sono frequenti cambi di partner e timore dell'abbandono) ed ha mantenuto lo stesso impiego per molti anni mostrandosi altresì determinato nelle proprie scelte anche in ambito privato. Riteniamo pertanto che anche in quest'ambito non siano oggettivabili elementi di patologia psichiatrica. Alla luce di quanto esposto non riteniamo che l'assicurato presenti una patologia psichiatrica che lo invalidi in maniera definitiva, pur ammettendo la possibilità di una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata ai problemi in ambito lavorativo, che abbia comportato una precedente IL come certificato dai colleghi Dr.ssa \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_. Al momento dell'attuale valutazione riteniamo che la capacità lavorativa dell'assicurato sia piena per qualsiasi attività a lui idonea. Per quanto attiene ai periodi precedenti ammettiamo una limitazione nell'ambito di una reazione depressiva prolungata e riconosciamo i certificati dei colleghi, ritenendo l'assicurato inabile

in misura completa fino al mese di luglio 2007. B. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO 1. Menomazioni qualitative e quantitative dovute ai disturbi constatati. Nessuna. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale. 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? Nessuna ripercussione è constatabile. 2.2 L'attività attuale è ancora praticabile? Sì. 2.3 È constatabile una diminuzione della capacità di lavoro? No. 2.4 Da quanto esiste una limitazione della capacità di lavoro provata a livello medico-teorico di almeno il 20%? IL del 100% da febbraio 2006 a luglio 2007. Da agosto 2007 abile al 100%. C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 1. È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? Non fa al caso: l'assicurato ha le risorse per trovare un nuovo impiego autonomamente. 2. È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. 3. L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Sì, qualsiasi attività a lui idonea. 4. È constatabile una riduzione della capacità di lavoro per altre attività? Non dal punto di vista psichico e per attività a lui confacenti." (Doc. 19-6+7+8, la sottolineatura è della redattrice) Nelle sue annotazioni del 16 ottobre 2007, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH medicina generale e FMH medicina manuale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha osservato: " Concordo pienamente con le conclusioni peritali della perizia psichiatrica effettuata in agosto 2007, dalla quale si evince che l'A. in questione non presenta attualmente una patologia psichiatrica che lo invalidi in maniera definitiva, pur ammettendo una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata ai problemi in ambito lavorativo, che ha comportato una precedente IL come certificato dagli psichiatri curanti in precedenza. Riconoscendo comunque i periodi precedenti di invalidità totale, riteniamo che l'A. sia inabile al lavoro in misura totale a partire dal 02.2006 al 07.2007, con CL nella misura del 100% a partire dal 08.2007 , avendo le risorse per trovare un nuovo impiego autonomamente." (Doc. 21-1) Contro il progetto dell'UAI di assegnazione di una rendita di invalidità solo fino al 31 ottobre 2007, poi soppressa, l'assicurato ha inviato all'UAI uno scritto del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: " Così come richiesto dall'avv. RA 1 che ci legge in copia, possiamo volentieri trasmettervi l'aggiornamento circa gli sviluppi, il decorso clinico, la nostra valutazione e la prognosi definitiva del nostro paziente citato in epigrafe. Si tratta di un paziente con pregressi episodi di aggressività, con un'anamnesi psichiatrica positiva. Nel 1999 sorgono i primi problemi nell'ambito dell'attività professionale (\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_): gli viene negata un'attività adeguata alla sua formazione e viene addetto invece a lavori marginali, senza giustificazione (operatore al computer anziché addetto al monitoraggio di prodotti farmaceutici in laboratorio). Nel 2004 arriva il crollo psicofisico: si sente degradato dalle sue funzioni, insicuro, umore deflesso, tratti di personalità passivo-aggressivo, aspetti narcisistici, ideazioni suicidal. Sorge la necessità di un intervento psichiatrico. Dal maggio 2005 è seguito dalla nostra équipe psicoterapeutica: dal titolare, da un medico assistente e da uno psicologo per un trattamento psicofarmacologico e psicoterapico orientato all'elaborazione dei vissuti frustranti, di inutilità e della paura di una deriva psicologica imminente. Dal giugno 2005 lavorerà all'80% per una scelta, per poter gestire la pressione esercitata dalla direzione dell'azienda, per la demotivazione e la passività che lentamente lo attanagliano. Il 17 febbraio 2006 non è più in grado di riprendere l'attività lavorativa a causa dell'esacerbazione della sintomatologia di base, delle tensioni della valorizzazione del ruolo a livello lavorativo. Il 17 gennaio 2007 inoltra la domanda di invalidità. È stato licenziato con effetto 31 ottobre

2007. Tenuto conto dell'anamnesi psico-sociale positiva: i trascorsi politici in \_\_\_\_\_, la prigione, la fuga, la delusione di un progetto familiare e professionale irrealizzato, soprattutto in funzione della sua formazione (diploma di tecnico di laboratorio) e attualmente l'esclusione dagli accordi dell'azienda; della diagnosi: disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo passivo-agressivo e di un decorso della malattia ingravescente per la deflessione dell'umore, la perdita dell'autostima, sentimenti di colpa e d'inutilità, l'anedonia, la perdita d'iniziativa e il calo delle funzioni vitali generali, non possiamo che confermare la prognosi emessa nel nostro rapporto medico del 15 febbraio 2007. In quell'occasione annunciavamo uno sviluppo cronicizzante della sintomatologia ed un'attestazione della struttura di personalità su un modello aggressivo-passivo invalidante con grave perturbazione delle relazioni; professionalmente in maniera evidente, ma anche nel sociale (nessun amico) e in maniera larvata anche con la moglie (dipendenza) contrariamente a quanto asserisce la dottoressa \_\_\_\_\_ nelle sue conclusioni. Si tratta quindi di una situazione psicologica compromessa priva di risorse, di speranze di recupero. Sopprimendo il sostegno psico-sociale assisteremmo con forte probabilità ad un degrado irreversibile e funesto. La raccolta anamnestica e la discussione della dottoressa \_\_\_\_\_ mettono chiaramente in luce tutta la gravità della psicopatologia di cui il signor RI 1 è portatore, ma le conclusioni, a nostro avviso, non corrispondono all'analisi esaustiva e accurata presentata. Il paziente è tuttora in nostra cura, possiamo quindi volentieri fornirvi nuovi ragguagli sull'evoluzione del caso qualora lo riteneste necessario." (Doc. 28-2+3) Al riguardo, nelle annotazioni del 18 dicembre 2007, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina interna, ha osservato: " Trattasi di osservazioni al progetto di decisione Vengono inoltrate, a nome dell'A. osservazioni al progetto di decisione dell'UAI del 30.10.2007 di accordare, dopo la carenza dell'anno d'attesa, una rendita temporanea dal 01.02.2007 al 31.10.2007. In questa fase, viene allegato un certificato medico da parte dello psichiatra curante, Dr. \_\_\_\_\_ del 04.12.2007. - Il Dr. \_\_\_\_\_ è del parere che la raccolta anamnestica e la discussione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ nella sua perizia per l'AI di agosto 2007 mettono chiaramente in luce tutta la gravità della psicopatologia di cui l'A è portatore, ma le conclusioni, a suo avviso, non corrispondono all'analisi esaustiva e accurata presentata. - Nella sua perizia, la Dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo dettagliata anamnesi ed accurato esame clinico arriva alla conclusione che non vi sono attualmente diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro. Secondo la specialista, dai colloqui avuti in sede peritale e dalla narrazione personale, emergono caratteristiche personologiche di rigidità e limitata capacità a sopportare le frustrazioni, elementi quest'ultimi però non significativi di patologia psichiatrica. Le difficoltà riportare sono tutte descritte come superabili con sforzi volitivi. Inoltre è presente una modalità di narrarsi ricca di particolari e di elementi forniti spontaneamente che non depone per un quadro depressivo maggiore. L'A parla di "piaceri della vita" ammettendo di aver ben in chiaro cosa gli rechi ancora piacere e cosa no: sorridendo riferisce che lui stesso si dedica alla preparazione dei pasti da lui preferiti. Per quanto attiene alle risorse relative alla possibilità di trovare nuovi impieghi, non vi sono reali limiti, bensì un atteggiamento di evitamento di nuove delusioni: dopo un unico tentativo di richiesta di assunzione, che non è risultato corrispondente alle due aspettative iniziali, egli ha deciso di interrompere le ricerche. È lamentata una tristezza che appare peraltro congrua agli eventi ed una stanchezza generalizzata alla quale riesce tuttavia far fronte. L'assenza di piaceri e stimoli è contrastata dall'espresso desiderio di star meglio. L'ansia rispetto a situazioni nuove è contenibile e fundamentalmente non limita l'A e la rabbia descritta non ha mai portato a comportamenti violenti o esplosioni incontrollate ed è

ben criticata. Gli elementi caratteristici di un quadro depressivo maggiore, o perlomeno di entità media, non sono pertanto oggettivabili. Per quel che riguarda la diagnosi di disturbo di personalità emotivamente instabile, posta dal Dr. \_\_\_\_\_, tale disturbo si manifesta nella prima età adulta, tendendo piuttosto ad un ridimensionamento del quadro psicopatologico con l'avanzare degli anni. È strano che fino al 2003 questa patologia non abbia comportato alcuna limitazione funzionale (professionale, matrimonio con mantenimento della relazione coniugale). Valutazione Alla luce di quanto esposto, si ritiene che l'A. non presenti una patologia psichiatrica che lo invalidi in maniera definitiva, pur ammettendo la possibilità di una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata ai problemi in ambito lavorativo, che abbia comportato una precedente IL come certificato dai colleghi Dr.ssa \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_. La perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ risponde a tutti i criteri di qualità e oggettività dal punto di vista medico ed il suo contenuto può senz'altro essere accettato nella sua integralità." (Doc. 31-1+2) 2.10. In corso di causa, l'assicurato ha contestato la decisione dell'amministrazione di sopprimere il diritto alla rendita dopo il 31 ottobre 2007, trasmettendo al TCA un referto datato 5 febbraio 2009 del dr. \_\_\_\_\_, indirizzato alla patrocinatrice dell'interessato, del seguente tenore: " In risposta alla Sua richiesta del 19 gennaio u.s. possiamo confermare, inequivocabilmente, che lo stato di salute del nostro paziente, e Suo mandante, sta vieppiù peggiorando. Ricordiamo che le vicende che hanno portato il signor RI 1 al licenziamento attraverso azioni offensive, lesive della sua dignità e dei valori professionali, hanno influito in modo catastrofico sulle sue condizioni di salute e sulla sua vita massicciamente. Assistiamo ora ad un ulteriore calo dell'iniziativa e della motivazione legati ad un'evidente depressione dell'umore, ma anche a disturbi psicotici tenuto conto di una visione non sempre adeguata della realtà e agli spunti interpretativi. Questi disturbi si manifestano attraverso esplosioni aggressive, atteggiamento polemico, irritabilità nei confronti di tutto e di tutti e non consentono più, ormai, un rapporto adeguato con la realtà sociale. Nulla è cambiato, anche ovviamente, riguardo la prognosi lavorativa che rimane tuttora infausta, escludendo nel contempo anche le opportunità reintegrative." (Doc. B) Nelle annotazioni del 24 febbraio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina generale e la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR, hanno osservato: " Assicurato nato nel 1956, laboratorista IL da 2.2006 Perizia psichiatrica centro peritale (dr.ssa \_\_\_\_\_) 8.2007: Diagnosi: nessuna patologia psichiatrica. Per i periodi precedenti la perizia viene riconosciuto sulla base dei certificati dei curanti (sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata ai problemi in ambito lavorativo) una IL del 100% fino 7.2007. Decisione UAI del 26.3.2008: rendita limitata nel tempo fino al 31.10.2007. Ricorso: viene presentato un breve certificato del dr. \_\_\_\_\_ / psicologo \_\_\_\_\_ del 5.2.2009: - viene confermata una valutazione valetudinaria infausta come già in passato. Il Dr. \_\_\_\_\_ nel suo certificato del 05.02.2009 sostiene che lo stato di salute sta peggiorando. Riporta "assistiamo ora ad un ulteriore calo dell'iniziativa e della motivazione legati ad un'evidente depressione dell'umore, ma anche a disturbi psicotici tenuto conto di una visione non sempre adeguata della realtà e agli spunti interpretativi. Questi disturbi si manifestano attraverso esplosioni aggressive, atteggiamento polemico, irritabilità nei confronti di tutto e di tutti e non consentono più, ormai, un rapporto adeguato con la realtà sociale ..." Nello scritto del dr. \_\_\_\_\_ non viene citata nessuna diagnosi psichiatrica ma vengono riportati una serie di sintomi a livello psichico aspecifici. Viene segnalata la presenza di disturbi psicotici intesi come una visione non sempre adeguata alla realtà e a spunti interpretativi; già la Dr.ssa \_\_\_\_\_ nell'esame psichico della sua perizia del

20.09.2007 riportava un "atteggiamento polemico e rivendicativo ...", l'assenza di ideazione delirante e disturbi della percezione e "una tendenza ad attribuire all'esterno le responsabilità delle sue difficoltà con la presenza, in qualche occasione, di spunti persecutori e interpretazioni vittimistiche ..." La presente certificazione non aggiunge quindi elementi che giustifichino una diversa valutazione rispetto alla precedente decisione." (Doc. X/bis) 2.11. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb;

STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...)

#### **E. 2.12**

Nell'evenienza concreta, questo Tribunale, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_ del Centro peritale, che soddisfa i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico abbia pieno valore probatorio (cfr. consid. 2.11.) e può quindi validamente servire da base al presente giudizio senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori misure di istruzione (perizia medica giudiziaria) . 2.12.1. In tale contesto, va preliminarmente rilevato che in una sentenza I 65/07 del 31 agosto 2007, il Tribunale federale ha ritenuto non probante la perizia effettuata da un medico SMR, a causa di irregolarità formali legate alla sua persona e all'esercizio della sua attività. In quel caso, il medico SMR aveva infatti effettuato una valutazione psichiatrica, apponendo, accanto alla sua firma, l'indicazione "specialista FMH in psichiatria". L'Alta Corte ha tuttavia sottolineato che, al momento di esprimere la sua valutazione, il medico SMR non era in possesso del titolo di "specialista in psichiatria e psicoterapia" ai sensi della legislazione federale in materia. Pur avendo seguito la formazione completa in psichiatria e psicoterapia, ricevendo una attestazione dalla FMH, egli non aveva conseguito il titolo postgrado di specialista, dato che non possedeva un diploma federale di medicina o un diploma di medicina riconosciuto in Svizzera. Per le medesime ragioni egli non era nemmeno titolare del titolo di "psichiatra FMH", posto che la sigla FMH è esclusivamente riservata ai membri della Federazione dei medici svizzeri (FMH) in possesso di un titolo postgrado federale o di un titolo di formazione postgraduata riconosciuto. Inoltre, nel caso in esame, il medico SMR, oltre a non essere abilitato ad esercitare la professione di medico a titolo indipendente, non era neppure abilitato ad esercitare a titolo dipendente, in mancanza di un diploma federale svizzero o di un diploma straniero riconosciuto, requisiti necessari per ottenere un'autorizzazione in tal senso. In una sentenza 32.2007.162 dell'8 maggio 2008, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha già avuto modo di rilevare, sulla base delle precisazioni richieste in quell'occasione al SAM, che in quel caso la dottoressa responsabile dello svolgimento della perizia psichiatrica era in possesso, dal 16 novembre 2005, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del titolo in psichiatria e psicoterapia, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del diploma di laurea in medicina e chirurgia e del diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e della chirurgia conseguiti all'estero (cfr. doc. XII e i relativi allegati presenti nell'inc. 32.07.162), ritenendo pertanto di poter prendere in considerazione il referto peritale psichiatrico stilato dal medico in questione. In un'altra sentenza 32.2007.187 del 18 giugno 2008, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha ritenuto di poter prendere in considerazione la perizia psichiatrica effettuata da un medico del SMR, dopo avere accertato che lo stesso era in possesso del titolo di specialista in psichiatria e psicoterapia, riconosciuto dalle competenti autorità, come espressamente indicato dal medico responsabile del SMR, rispondendo ad una richiesta di chiarimenti da parte del

TCA . Occorre qui sottolineare che, come giustamente rilevato dall'amministrazione, in una sentenza 9C\_218/2008 del 4 marzo 2009, il Tribunale federale ha precisato che, con riferimento alle perizie mediche specialistiche, il perito, ai sensi della giurisprudenza, deve avere una formazione specialistica e non necessariamente essere in possesso del titolo FMH. L'Alta Corte ha infatti osservato che: " (...) Zu Unrecht macht die Versicherte geltend, die Vorinstanz habe den Sachverhalt im Sinne von Art. 97 BGG offensichtlich unrichtig festgestellt und dabei Bundesrecht im Sinne von Art. 95 BGG verletzt. Soweit sie die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens vom 11. Dezember 2006 anzweifelt mit der Begründung, mehrere der beteiligten Gutachter seien nicht Träger eines Schweizerischen FMH-Facharzttitels, sei darauf hingewiesen, dass ein Gutachter nach der Rechtsprechung über eine Fachausbildung, nicht jedoch über eine FMH-Ausbildung verfügen muss und es bei Beteiligung mehrerer Ärzte an einem Gutachten (z.B. bei einer Begutachtung durch eine MEDAS) genügt, wenn der verantwortliche Gutachter die entsprechende Fachausbildung absolviert hat (Urteil 9C\_270/2008 vom 12. August 2008 E. 3.3). " Nella citata sentenza 9C\_270/2008 del 12 agosto 2008, il Tribunale federale ha indicato: " (...)

### E. 3

Come ho detto, al momento dell'esame peritale, la dr.ssa \_\_\_\_\_ aveva concretamente terminato tutto l'iter di formazione in psichiatria e psicoterapia. Dal punto di vista medico, il suo livello di competenza ed autonomia era elevato. Era semplicemente in attesa della delibera di Berna, che riconoscesse formalmente il corrispettivo titolo FMH, come avvenuto il 27.09.2007." (Doc.XIII) Pertanto, nel caso di specie, alla luce di quanto sopra esposto, la perizia psichiatrica del 20 settembre 2007, allestita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ – la quale, come precisato dal dr. \_\_\_\_\_, aveva concluso tutto l'iter formativo in psichiatria e psicoterapia ed era solo in attesa del riconoscimento formale del titolo di specialista FMH, ottenuto una settimana dopo la stesura del referto peritale (cfr. doc. XIII, il corsivo è della redattrice) – con la supervisione, l'approvazione del lavoro svolto e sotto la responsabilità del dr. \_\_\_\_\_, Direttore del Centro peritale e specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (cfr. doc. XIII, il corsivo è della redattrice), può essere presa in considerazione dal TCA. 2.12.2. Quanto alle patologie dell'interessato, va innanzitutto sottolineato che, contrariamente a quanto preteso dalla patrocinatrice del ricorrente, l'UAI non ha ignorato la presenza di una problematica a livello epatico, ma ha semplicemente considerato non necessario procedere ad ulteriori approfondimenti, in quanto l'epatopatia in questione non aveva carattere invalidante. Nel suo rapporto medico del 19 luglio 2007, infatti, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha espressamente indicato, tra le "ulteriori diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa", quella di "epatopatia mista citolitica colestatica di lieve entità", come indicato dal dr. \_\_\_\_\_ (doc. 15-1). Il TCA non può che condividere queste conclusioni del medico SMR. Dalla documentazione agli atti, risulta infatti che nel rapporto medico per l'UAI del 30 gennaio 2007, il curante dell'interessato, dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale, ha posto quali diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa quella di "importante stato depressivo", mentre quali diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa ha indicato, fra l'altro, quella di "epatopatia colestatica-citolitica mista di origine non chiara" (doc. 6-1, il corsivo è della redattrice). Inoltre, nel rapporto medico dell'11 agosto 2006 inviato al dr. \_\_\_\_\_, il Prof. dr. \_\_\_\_\_, Primario dell'Ambulatorio di epatologia presso l'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, ha espresso le seguenti considerazioni: " (...) VALUTAZIONE E PROPOSTA DI PROCEDERE: Il bilancio eseguito tramite accertamenti a livello di labor non ha portato

nuovi elementi eziologici per spiegare la continua presenza di un'epatopatia mista citolitica e colestatica. Alla ricerca di eventuali informazioni disponibili nelle diverse banche dati che riferiscono su effetti collaterali da farmaci, non abbiamo potuto trovare dati sull'associazione di un'esposizione al Nimesulide per inalazione o contatto ed epatopatia. Il consulto farmacologico è allegato. Per valutare il decorso di questa epatopatia, in precedenza accertata con una biopsia, abbiamo eseguito una nuova biopsia epatica alla ricerca di eventuali nuovi elementi istomorfologici che potrebbero fornire ulteriori chiarimenti sull'eziologia. Purtroppo anche questo esame non ha portato a nuovi elementi diagnostici, mostrando una lieve epatite cronica portale aspecifica, con una lieve fibrosi periportale. Elementi per granulomi o per la presenza di un'iperplasia nodulare rigenerativa, come precedentemente ipotizzata, mancano. Senza elementi diagnostici e chiari, ogni discussione su una potenziale eziologia rimane speculativa. Dal punto di vista pratico, eseguirei dei controlli dei test epatici 2x all'anno, una sonografia addominale 1x all'anno ed una nuova biopsia epatica tra ca. 5 anni, quest'ultima per valutare il decorso della fibrosi che, rispetto alla descrizione di una precedente biopsia eseguita all'inizio degli anni 2000, sembra essere progredita. Dal punto di vista del fegato non vedo una controindicazione ad introdurre una statina in questo paziente forte fumatore e ipercolesterolemico, con i dovuti controlli." (Doc. 6-12, sottolineatura della redattrice) Alla luce di questi referti, il TCA ritiene che la problematica epatica non ha - per lo meno fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice - influito sulla capacità lavorativa dell'assicurato. L'insorgente, del resto, pur criticando il fatto che l'amministrazione non abbia predisposto ulteriori accertamenti medici riguardo all'aspetto epatico, non ha tuttavia prodotto dei referti medici specialistici attestanti delle patologie a livello epatico in grado di influire sulla capacità lavorativa dell'interessato. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare - ove ciò fosse ragionevolmente esigibile - le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). 2.12.3. Quanto all'aspetto psichiatrico, nel rapporto peritale del 20 settembre 2007, la dr.ssa \_\_\_\_\_, sulla base dello studio della documentazione medica agli atti e dopo due colloqui con l'interessato (in data 2 agosto 2007 e 23 agosto 2007), ha ritenuto che l'interessato non presenti alcuna patologia psichiatrica invalidante, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità lavorativa del 100% nella precedente attività, così come in altre attività adeguate. Tali conclusioni sono poi state fatte proprie dal dr. \_\_\_\_\_, dal dr. \_\_\_\_\_, dal dr. \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR. L'assicurato ha criticato le conclusioni del perito psichiatra, che a suo avviso non ha adeguatamente tenuto conto delle sue patologie che lo rendono totalmente inabile al lavoro, producendo, a comprova di quanto sostenuto, il referto del 4 dicembre 2007 del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha considerato che l'assicurato sia affetto da un disturbo di personalità

emotivamente instabile di tipo passivo-aggressivo (doc. 28-3). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale rileva che già nel rapporto medico del 15 febbraio 2007 all'attenzione dell'UAI – redatto prima della valutazione peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_ - il dr. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di “disturbo di personalità emotivamente instabile, depressione dell'umore, delle funzioni vitali e cognitive” dal 2005, ritenendo l'assicurato totalmente inabile al lavoro dal 17 febbraio 2006 (doc. 9-1). Al riguardo, nel suo referto peritale, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha osservato che notoriamente il disturbo di personalità emotivamente instabile, diagnosticato dal dr. \_\_\_\_\_, si manifesta nella prima età adulta, tendendo poi ad un ridimensionamento del quadro psicopatologico con l'avanzare degli anni. La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha ben spiegato che, anche volendo ritenere verosimile tale disturbo, “appare dissonante che fino al 2003 non abbia comportato alcuna limitazione funzionale, né in ambito professionale, né in ambito sociale: al contrario l'assicurato ha sempre agito in maniera determinata e stabile, secondo le proprie convinzioni e i propri vissuti, mantenendo una solida coerenza interna, poco caratteristica del disturbo sopraccitato. Ha potuto sposarsi, mantenendo la relazione coniugale anche in presenza di impossibilità di avere figli (caratteristico del disturbo di personalità emotivamente instabile sono frequenti cambi di partner e timore dell'abbandono) ed ha mantenuto lo stesso impiego per molti anni mostrandosi altresì determinato nelle proprie scelte anche in ambito privato. Riteniamo pertanto che anche in quest'ambito non siano oggettivamente elementi di patologia psichiatrica” (doc. 19-7). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha quindi sottolineato di ammettere la possibilità che l'assicurato abbia presentato una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata ai problemi in ambito lavorativo, che ha comportato una precedente inabilità lavorativa come attestato dai colleghi dr.ssa \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_, aggiungendo tuttavia che “al momento dell'attuale valutazione riteniamo che la capacità lavorativa dell'assicurato sia piena per qualsiasi attività a lui idonea” (doc. 19-7, il corsivo è della redattrice). Queste conclusioni della dr.ssa \_\_\_\_\_, ben motivate, possono essere condivise da questo Tribunale. Non va dimenticato che ancora recentemente il Tribunale federale ha confermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3, STF 9C\_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, STF I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008). Va inoltre rilevato che, con scritto del 18 aprile 2007, il precedente datore di lavoro dell'assicurato, ditta \_\_\_\_\_, ha posto termine al rapporto di lavoro, con effetto dal 31 ottobre 2007, ma esonerando fin da subito l'interessato dalla presenza sul posto di lavoro (cfr. doc. 17/2-3). Il TCA sottolinea che, conformemente alla giurisprudenza sopra esposta (cfr. consid. 2.7.) in merito al carattere normalmente non invalidante delle depressioni reattive - che di regola scompaiono quando viene meno la causa di tale affezione - nel caso di specie appare verosimile che i disturbi dell'assicurato, di natura reattiva, non inficino più la sua capacità lavorativa dopo la cessazione definitiva dell'attività lavorativa presso \_\_\_\_\_, come stabilito dalla dr.ssa \_\_\_\_\_. La dr.ssa \_\_\_\_\_, nel suo referto peritale, ha potuto riscontrare nell'assicurato caratteristiche personalologiche di rigidità e limitata capacità a sopportare le frustrazioni, rilevando tuttavia che si tratta di elementi “non significativi di patologia psichiatrica” (doc. 19-6, il corsivo è della redattrice). La specialista ha quindi osservato che, sulla base di tali caratteristiche, i cambiamenti avvenuti in ambito professionale dopo il

2003 (con cambiamento sia di ruolo professionale, sia di superiori) hanno portato l'assicurato a sviluppare una crescente tensione interiore e una difficoltà di adattamento alle nuove condizioni, fino all'abbandono completo dell'attività lavorativa. La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha tuttavia sottolineato che tutte le difficoltà citate sono descritte dall'assicurato come superabili tramite sforzi volitivi – (la specialista ha infatti indicato che l'assicurato ha affermato che “non riesco a fare le cose di mia iniziativa, ma se la moglie insiste le faccio”; “ho paura delle situazioni nuove, ma dopo 15 minuti va meglio”; “vorrei dormire nel pomeriggio, ma mi sforzo di non farlo così dormo meglio di notte”, cfr. doc. 19-6). Inoltre, a mente della specialista, il fatto che l'interessato presenti una modalità di narrarsi ricca di particolari e di elementi forniti spontaneamente “ non depone per un quadro depressivo maggiore ” (doc. 19-6, il corsivo è della redattrice). Ancora, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato che l'assicurato stesso parla di “piaceri della vita”, avendo ben chiaro cosa gli reca piacere e cosa no. La specialista ha poi evidenziato che, per quanto attiene alle risorse relative alla possibilità di trovare nuovi impieghi, “riteniamo che non vi siano reali limiti , bensì un atteggiamento di evitamento di nuove delusioni : dopo un unico tentativo di richiesta di assunzione, che non è risultato corrispondente alle sue aspettative iniziali, egli ha deciso di interrompere le ricerche” (doc. 19-6, il corsivo è della redattrice). In base a tutti questi elementi, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha quindi concluso che non sono oggettivamente gli elementi caratteristici di un quadro depressivo maggiore o per lo meno di entità media (doc. 19-6, il corsivo è della redattrice). Il TCA considera condivisibili queste riflessioni della dr.ssa \_\_\_\_\_, che sono poi state approvate da tutti i medici del SMR che sono stati chiamati a valutare la situazione dell'interessato. Nelle sue annotazioni del 16 ottobre 2007, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha infatti confermato le conclusioni peritali, riconoscendo che vi è stata una inabilità lavorativa totale dell'interessato dal mese di febbraio 2006 fino al mese di luglio 2007, a causa della presenza di una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata ai problemi in ambito lavorativo; in seguito, tuttavia, a partire dall'esame peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_ di agosto 2007, l'assicurato va considerato pienamente abile al lavoro, avendo le risorse per trovare un impiego autonomamente (doc. 21-1). Dal canto suo, il dr. \_\_\_\_\_, nelle annotazioni del 18 dicembre 2007, ha rilevato che “la perizia della dr.ssa \_\_\_\_\_ risponde a tutti i criteri di qualità e oggettività dal punto di vista medico ed il suo contenuto può senz'altro essere accettato nella sua integralità”, di modo che va considerato che l'assicurato non presenta una patologia psichiatrica invalidante in maniera definitiva, ma solo che ha presentato, prima dell'esame peritale, una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata ai problemi in ambito lavorativo, che ha comportato una inabilità lavorativa come certificato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_ (doc. 31/1-2). Infine, nelle loro annotazioni del 24 febbraio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ hanno nuovamente confermato la correttezza della valutazione peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. X/bis). Quanto al certificato del 5 febbraio 2009 del dr. \_\_\_\_\_ - il quale ha attestato un peggioramento dello stato di salute dell'interessato (doc. B) - va qui ricordato che per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 26 marzo 2008 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, il possibile peggioramento dello stato di salute dell'interessato – che secondo il

dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR non è dato, visto che il dr. \_\_\_\_\_ non cita una diagnosi psichiatrica, ma riporta solo una serie di sintomi a livello psichico aspecifici, non atti a sovvertire le risultanze peritali della dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. doc. X/bis) - è successivo alla decisione impugnata e non può quindi essere preso in considerazione: il dr. \_\_\_\_\_, infatti, nel suo scritto del 5 febbraio 2009 inviato alla patrocinatrice dell'interessato, ha indicato che "assistiamo ora ad un ulteriore calo dell'iniziativa e della motivazione legati ad una evidente depressione dell'umore, ma anche a disturbi psicotici tenuto conto di una visione non sempre adeguata della realtà e agli spunti interpretativi" (doc. B, il corsivo è della redattrice). Si ribadisce tuttavia che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice: spetterà quindi al ricorrente, se del caso, inoltrare un'ulteriore domanda di rendita ed allegare la pertinente nonché completa documentazione relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi psichiatrici che potrebbero influire sul suo grado di inabilità. Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze della perizia del Centro peritale per le assicurazioni sociali, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessato e 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; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurato presenta, a partire dal mese di agosto 2007, una piena capacità lavorativa sia nella sua precedente occupazione (cfr. al riguardo STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008), sia in altre attività adeguate. L'UAI ha pertanto agito correttamente, procedendo alla soppressione delle prestazioni, in applicazione dell'art. 88a OAI - che prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, 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 - a partire dal 1° novembre 2007. Nella misura in cui l'UAI ha rifiutato il riconoscimento di una rendita di invalidità dopo il 31 ottobre 2007, la sua decisione formale del 26 marzo 2008 merita quindi conferma. 2.13. L'assicurato ha chiesto al TCA l'esecuzione di una nuova perizia (VI). Al proposito va nuovamente ribadito 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, Zurigo 1998, 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 concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.- sono poste a carico dell'assicurato ricorrente.

### **E. 3.1**

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

### **E. 3.2**

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en

cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)" Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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, inc. 32.1999.124).

### E. 3.3

Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf das Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 20. November 2007 (I 142/07) die fachliche Ausbildung und Titel der am MEDAS-Gutachten beteiligten Ärzte beanstandet oder in Zweifel zieht, ist dies unbegründet. Das Bundesgericht hat im erwähnten Urteil vom 20. November 2007 entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zwingend eine FMH-Ausbildung für Gutachter verlangt, sondern nur eine Fachausbildung, welche auch, wie dies auf die Gutachterin B. \_\_\_\_\_ zutrifft, im Ausland erworben werden kann. Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 19. Oktober 2006 wurde vom Chefarzt und einer Fachärztin für Innere Medizin erstellt. Bei den konsiliarisch zugezogenen Fachärzten hat u.a. Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, das Gutachten eingesehen und sich mit den Schlussfolgerungen einverstanden erklärt. Damit kommt dem MEDAS-Gutachten auch hinsichtlich des psychiatrischen Teils voller Beweiswert zu (vgl. auch BGE 123 V 175 ; AHI 1998 S. 125). Zusätzlich ist festzuhalten, dass ohnehin nicht sämtliche an der Ausarbeitung eines Gutachtens beteiligten Ärzte über eine Fachausbildung verfügen müssen. Es genügt in diesem Zusammenhang, dass der verantwortliche Gutachter die entsprechende Fachausbildung absolviert hat." Il TCA, in una sentenza 35.2009.26 del 22 aprile 2009, a proposito del fatto che uno dei medici chiamato ad esprimere il proprio parere peritale nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, specializzatosi in neurologia e psichiatria in Germania, non fosse in possesso di un titolo FMH, ha evidenziato che "ai sensi della giurisprudenza della nostra Massima Istanza da un perito non si pretende una formazione FMH, bensì è sufficiente che lo stesso disponga di una formazione specialistica, la quale può essere conseguita anche all'estero (cfr. STF 9C\_270/2008 del 12 agosto 2008 consid. 3.3.; STF 9C\_218/2008 del 4 marzo 2009 consid. 4.2.)". Va inoltre rilevato che, in una sentenza STF 8C\_343/07 del 1° febbraio 2008, l'Alta Corte, confermando la sentenza di questo Tribunale 35.2006.8 del 21 maggio 2007, ha ribadito (cfr. sul tema sentenza I 648/04 del 9 maggio 2005, consid. 4.1) che è ammesso e riconosciuto che un mandato peritale affidato ad un primario o sostituto primario di un centro ospedaliero universitario possa essere delegato, ad esempio ad un capoclinica. Il Tribunale federale ha quindi considerato pienamente probante la perizia giudiziaria affidata al PD dott. H. \_\_\_\_\_, ma svolta dal dott. L. \_\_\_\_\_, capoclinica, sottolineando che il PD dott. H. \_\_\_\_\_, pronunciandosi in un complemento peritale sulle valutazioni del PD dott. K. \_\_\_\_\_, critico nei confronti della perizia in oggetto, ha integralmente confermato le conclusioni cui era in precedenza pervenuto il dott. L. \_\_\_\_\_. Nella fattispecie concreta, in corso di causa il TCA ha chiesto al dr. \_\_\_\_\_ Direttore del Centro peritale per le assicurazioni sociali, alcune precisazioni in merito al titolo di cui beneficiava la dr.ssa \_\_\_\_\_ al momento dell'esame peritale e al ruolo svolto dallo stesso dr. \_\_\_\_\_ nell'ambito del mandato peritale, in particolare circa il significato del termine "visto" apposto accanto alla sua firma in calce al referto peritale (XII). Con scritto del 7 aprile 2009, il dr. \_\_\_\_\_ ha risposto: " In merito alla sua missiva del 27.3.2009 premetto quanto segue. I medici assistenti che lavorano al Centro peritale per le assicurazioni sociali si trovano alla fine dell'iter di specializzazione in psichiatria e psicoterapia. Tutti hanno completato la loro formazione presso i servizi psichiatrici ad essa preposti. Le disposizioni dell'FMH sulla formazione richiedono che un medico assistente, per ottenere il titolo di specialista, tra le

altre attività svolga anche dei lavori in ambito peritale, con la supervisione di un medico specializzato nella disciplina. Secondo prassi usuale, l'assistente presta la sua attività sotto la responsabilità del medico specialista. Il responsabile stabilisce il grado di competenza ed autonomia del singolo collega, differenziato in base al livello di formazione raggiunto, verificando le sue capacità nella materia. Al momento della perizia suddetta, la dr.ssa \_\_\_\_\_ aveva concluso tutto l'iter formativo in psichiatria e psicoterapia ed era solo in attesa della delibera ufficiale da parte dell'FMH. A prova di questo vi è il fatto che la dottoressa ha ricevuto il riconoscimento di "specialista FMH in psichiatria e psicoterapia" il 27 settembre 2007, appena una settimana dopo la stesura del rapporto. Pertanto, il livello di competenza e soprattutto di autonomia della dr.ssa \_\_\_\_\_ era oggettivamente molto elevato, pur necessitando la mia attiva supervisione. Ciò premesso, rispondo alle sue domande: 1. I colloqui e il referto peritale sono stati effettuati dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, come indicato a pag. 1 della perizia. 2. Il sottoscritto non ha semplicemente apposto un "visto" formale in calce alla perizia. La mia firma significa che ho personalmente ponderato, supervisionato ed approvato il lavoro svolto, come prescritto dal mio ruolo di responsabile verso i medici assistenti. Nella fattispecie: ho preso visione dell'incarto dell'assicurato, ho discusso il caso clinico con la dr.ssa \_\_\_\_\_, sia prima che dopo il suo incontro con l'assicurato, l'ho ritenuta idonea a svolgere la perizia. Ho verificato infine il suo elaborato peritale, per garantire la conformità ai criteri di qualità per le perizie psichiatriche.

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