

## **TI\_GERICHTE 32.2009.80 vom 27. Februar 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-02-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.80)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.80 du 27 février 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.80 del 27 febbraio 2009

### **Regeste**

Seconda domanda di prestazioni. Sulla sola base degli atti l'Ufficio AI non poteva negare il diritto a prestazioni. Rinvio per accertamenti medici ed economici

### **Erwägungen**

#### **E. 13**

maggio 2005 cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 30/1-2), l'Ufficio AI aveva respinto la prima richiesta di prestazioni 5 marzo 2004 (doc. AI 1/1-7) fondandosi sulla perizia pluridisciplinare 21 settembre 2004 (doc. AI 22/1-17) nella quale i periti, posta la diagnosi di "(...) disturbo di personalità emotivamente instabile (ICD 10 F 60.3) (...) " (doc. AI 22/8), avevano concluso che "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica dell'A. è valutabile nella misura dello 0% nella sua attività finora svolta presso \_\_\_\_\_ . D'altra parte l'A. presenta una capacità lavorativa totale per altre attività che non presuppongano la dipendenza diretta dell'A. da superiori o anche la necessità di gestire il contatto diretto con il pubblico, con le sue richieste e gli stress che da queste derivano per l'A. (...) " (doc. AI 22/11). Nell'ambito della seconda domanda 3 novembre 2005 (doc. AI 43/1-7), l'Ufficio AI – dopo che questo Tribunale, visto il ricorso inoltrato contro la decisione su opposizione 18 dicembre 2006, con decreto 19 luglio 2007 aveva stralciato la causa dai ruoli e omologato la transazione in base alla quale gli atti andavano rinviati all'Ufficio AI per nuovi accertamenti medici (doc. AI 81/1-2) e ritenute le annotazioni 10 gennaio 2008 nelle quali il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, ha concluso che "(...) in considerazione delle discrepanze diagnostiche indicata rivalutazione peritale psichiatrica presso il centro peritale per stabilire stato di salute attuale ed evoluzione stato di salute e rispettiva capacità lavorativa dal 2004 (...) " (doc. AI 85/1) – ha ordinato una nuova perizia presso il \_\_\_\_\_ (doc. AI 86/1-2). Nella perizia medico-psichiatrica 22 aprile 2008 (doc. AI 92/1-13) i periti, dr. \_\_\_\_\_, direttore del \_\_\_\_\_ e FMH in psichiatria e psicoterapia, e la dr.ssa \_\_\_\_\_, medico assistente – dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, i dati soggettivi e oggettivi dell'assicurato e posta la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro "(...) disturbi di personalità misti. ICD 10 F61.0 (...) " (doc. AI 92/11) – , circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione hanno concluso: " (...) B.      **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO 1.**      Descrizione di risorse e deficit Le risorse consistono nella conoscenza di diverse lingue tra le quali tedesco e svizzero tedesco, inglese e francese. Diploma di commercio ma con una breve esperienza lavorativa strettamente connessa al titolo ottenuto e quindi poca esperienza nel campo. Mostra scarsa tolleranza alle frustrazioni che lo portano ad avere comportamenti impulsivi senza tener conto delle conseguenze. I deficit sono sostanzialmente di tenuta nell'ambito lavorativo, infatti, per quanto ha un sufficiente contatto con la realtà tende alle volte a darne un'interpretazione in chiave paranoidea, ad

essere rivendicativo e a passare facilmente ad aggressioni verbali. Non mostra molta partecipazione affettiva nelle relazioni, non facendosi coinvolgere e non riuscendo ad essere ematico verso le esigenze altrui. Ha difficoltà ad integrarsi in un gruppo di lavoro e a dividerne le esigenze, la diversità d'opinione che è facilmente vissuta come una critica personale. Non mostra deficit nelle funzioni cognitive nonostante lui riferisca negli ultimi tempi una riduzione della memoria e della concentrazione. Non mostra problemi nella comunicazione. Ha le risorse per organizzare il proprio tempo, ma ha scarse capacità d'adattamento. Si mostra rigido nell'affrontare e nell'interpretare le sue difficoltà. Avendo una scarsa autostima e avendo messo in atto una serie di meccanismi di difesa ed un se grandioso in maniera compensatoria, non accetta critiche, osservazioni o confronti diretti con altre persone.

2. Capacità di lavoro nell'attività attuale o da ultimo svolta Nessuna.

3. Periodi di inabilità lavorativa accertabili Il paziente risulta completamente inabile al precedente ed ultimo lavoro, per il problema di personalità a periodi intercorrenti di depressione, dal mese di agosto 2002 ad oggi. Dal momento dell'attuale perizia valutiamo un'inabilità totale per i contesti di lavoro precedenti. In un ambiente di lavoro ottimale, con le caratteristiche che abbiamo descritto, l'assicurato potrebbe ancora lavorare con una presenza per otto ore e trenta (orario abituale aziendale). Tuttavia con un rendimento diminuito del 30%, calcolando eventuali rallentamenti nei suoi ritmi di produzione dovuti a momenti di tensione dell'assicurato, a reazioni impulsive che devono trovare il tempo di mitigarsi, a discussioni con i superiori, all'insorgenza di contrasti futili che possono rallentare la produttività, a momenti in cui l'assicurato potrebbe eventualmente lavorare meno del dovuto, convinto forse di essere stato ingiustamente sovraccaricato ...e altri atteggiamenti simili, prevedibili sulla scorta del disturbo di personalità obiettato.

C. CONSEQUENZE SULLA CAPACITA' D'INTEGRAZIONE

1. Indicazioni mediche per interventi d'integrazione La possibilità di una riqualifica è minima per la difficoltà dell'assicurato di mettersi nelle condizioni di essere valutato e di riprendere un qualche percorso di tipo "scolastico".

2. Possibilità di migliorare le sue capacità sul posto di lavoro attuale Non esiste nessuna possibilità di migliorare la situazione sull'ultimo posto di lavoro sia perché sono già stati fatti dei tentativi sia perché la situazione lavorativa è incompatibile con le problematiche del periziando.

3. Capacità di lavoro per altre attività Difficilmente è pensabile un lavoro dove non sia necessario confrontarsi in qualche maniera con gli altri, inoltre i fallimenti ottenuti nella ricerca di un posto di lavoro hanno fiaccato ulteriormente le risorse dello stesso. Vi è stato un peggioramento dello stato psichico generale, con una riduzione della capacità di una relazione senza mostrare subito insofferenza o aumento della quota d'ansia. E' presente un'aggressività latente sia verso se stesso sia verso gli altri. Nonostante al momento non vi sia un tono dell'umore deflesso, questo stato psichico è suscettibile di rapido peggioramento qualora debba confrontarsi con altri fallimenti. Il disturbo psichico presentato dall'assicurato allo stato attuale difficilmente è compatibile con un'attività lavorativa ordinaria.

D. OSSERVAZIONI E' probabile che l'assicurato, arroccato in una prospettiva rivendicativa che cerca il riconoscimento istituzionale del ruolo di malato ad ogni costo, possa opporre delle resistenze ad un progetto reintegrativo strutturato, ritenendo di avere un assoluto diritto ad una rendita e che il fatto di impegnarsi in sforzi per reinserirsi sia un'offesa inaccettabile a tale diritto. Una simile resistenza, seppur inquadabile nell'ambito del disturbo di personalità descritto, sembra francamente eccessiva e poco condivisibile. Credo che, per quanto grave è tale disturbo di personalità e per quanto problematico possa essere effettivamente trovare un posto di lavoro con le caratteristiche sopra descritte, in ogni modo l'assicurato abbia ancor le risorse per capire, vista la sua

giovane età, la necessità di coinvolgersi almeno in un percorso reintegrativo. Il ferreo convincimento di un assicurato di avere diritto ad una rendita, non mi sembra un elemento psicopatologico sufficiente dal quale deve derivare un'eccezione al principio di "tentare una reintegrazione prima della rendita", a meno che tale rifiuto di collaborare dell'assicurato non si fondi, su una grave e persistente compromissione dell'esame di realtà, come capita ad esempio nelle sindromi deliranti. (...)" (doc. AI 92/11-13) Il dr. \_\_\_\_\_ – in risposta alle domande postegli dal dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, (doc. AI 95/1) – con scritto 19 maggio 2008 ha precisato: " (...) Non vi sono elementi oggettivi retrospettivi per discordare dalle conclusioni della perizia SAM del settembre 2004, confortati anche dal parere dello specialista dr. \_\_\_\_\_ del giugno dello stesso anno. In sintesi si può ritenere che fino alla data della perizia SAM fosse esigibile una capacità lavorativa totale in attività idonea al problema di salute. Riteniamo inoltre che un peggioramento rispetto a quanto accertato per il SAM dalla psichiatra dottoressa \_\_\_\_\_ sia derivabile solo a partire dal certificato della dottoressa \_\_\_\_\_ del novembre 2005. Pertanto anche fino a tale data riteniamo valide le conclusioni della perizia SAM. Il fallimento dell'aiuto al collocamento offerto dall'Ufficio AI potrebbe aver segnato l'inizio di una cronicizzazione negativa della caratteropatologia, così come la possiamo osservare oggi. Pertanto riteniamo che il rendimento ridotto del 30% in attività idonea, debba decorrere verosimilmente dalla prima certificazione di peggioramento, ovvero dal mese di novembre 2005. La nostra valutazione riguarda solo gli aspetti disadattivi del disturbo di personalità, divenuti significativi a partire verosimilmente da tale data. Non abbiamo nessun elemento invece per giudicare se allora (novembre 2005) il paziente avesse o meno una sindrome depressiva o altro disturbo di tipo ansioso tale da ridurre ulteriormente il suo rendimento in attività idonea. La collega dottoressa \_\_\_\_\_, sentita telefonicamente in data odierna si è espressa concordemente a tali conclusioni. (...)" (doc. AI 96/1) L'Ufficio AI – considerate le risultanze della perizia 22 aprile 2008 del \_\_\_\_\_, le precisazioni 19 maggio 2008 del dr. \_\_\_\_\_, le annotazioni 29 maggio 2008 del dr. \_\_\_\_\_: "(...) IL in attività adeguata dello 0% fino a 11 2005, mentre dopo tale data di giustifica una IL 30% (...)" (doc. AI 97/1) e visto il rapporto finale 26 settembre 2008 del consulente in integrazione (doc. AI 100/1-2, 101/1 e 102/1) – con decisione 27 febbraio 2009 (doc. AI 107/1-3), preavvisata con progetto 15 gennaio 2009 (doc. AI 105/1-3), ha nuovamente negato all'assicurato il diritto a prestazioni.

2.8. 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 Sozialversicherungs-rechts, 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: "(...) 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. (...)") (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) 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 Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). 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 qui evidenziato che in una sentenza del 14 luglio 2009, 9C\_332/2009 destinata alla pubblicazione, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.2 Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (Botschaft vom 23. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4572 zu Absatz 2 und 4577 Ziff. 2.2.1 zu Art. 7 Absatz 2; vgl. auch Protokolle der Sitzungen der nationalrätlichen und ständerätlichen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 11.-13. Januar 2006, S. 98 ff., resp. vom 29./30. Mai 2006, S. 62 f.; Beatrice Breitenmoser, Die Antworten des Gesetzgebers in der 4. und 5. IVG-Revision: Die zentralen Punkte der beiden Revisionen, in: Die 5. IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, 2004, S. 108 f.; Ralf Kocher, Ausblick auf die 5. IV-Revision, in: Invalidität im Wandel, 2005, S. 45; Ueli Kieser, Entwicklungen im Rahmen der 5. IV-Revision, HILL 2007 Fachartikel Nr. 7, S. 5; ebenso, wenn auch rechtspolitisch kritisch, Hardy Landolt, Auswirkungen der 5. IVG-Revision auf die Schadenminderungspflicht, Personen-Schaden-Forum 2007, S. 239 ff., und Thomas Locher, Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] in der Invalidenversicherung [IV], in: Medizinische Gutachten, 2005, S. 65 f.). 4.3 4.3.1 Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. hierzu Protokoll der

Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 11.-13. Januar 2006, S. 101). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f S. 57 f.). 4.3.2 Im Übrigen hat die Rechtsprechung bereits unter der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage erkannt, dass Berichte regionaler ärztlicher Dienste materiell Gutachtensqualität haben können (vgl. etwa Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 13, I 211/06 E. 5.2). Trifft dies zu, haben sie beweisrechtlich keinen geringeren Rang als etwa ein MEDAS-Gutachten (Urteil 9C\_773/2007 vom 23. Juni 2008 E. 5.3; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 827/05 vom 18. Oktober 2006 E. 3.2; vgl. auch Urteil 9C\_657/2007 vom 12. Juni 2008 E. 3.2). Nach dem soeben ergangenen Urteil 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 haben RAD-Untersuchungs-berichte, sofern sie den erwähnten materiellen und formellen Anforderungen (E. 4.3.1 hievon) genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Nach der kraft Art. 55 ATSG sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 12 lit. e VwVG wird mit Gutachten von Sachverständigen gestützt auf besondere Sachkenntnis Bericht über die Sachverhaltsprüfung und -würdigung erstattet (BGE 132 II 257 E. 4.4.1 S. 269). Wann eine solche medizinische Expertise vorliegt, beurteilt sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten (Urteil U 65/06 vom 14. Februar 2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 91/95 vom 9. März 1998 E. 3c). (...)" (STF del 14 luglio 2009 nella causa Z., 9C\_323/2009, consid. 4.2 e 4.3) Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti 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 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, inc. 32.1999.124). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesa posta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale ritiene che sulla sola base degli atti l'Ufficio AI non poteva ancora concludere con la sufficiente tranquillità che il grado d'invalidità dell'assicurato non fosse pensionabile. Infatti, visto che nella perizia 22 aprile 2008, in sede di discussione, è stato, tra l'altro, evidenziato: "(...) Alla luce di queste considerazioni, un ambiente di lavoro in grado di tollerare l'assicurato dovrebbe essere piccolo, prevedere mansioni ripetitive, con poca responsabilità e con ritmi di lavoro meno intensi rispetto a quelli di un call center (l'assicurato potrebbe interpretare malevolmente i ritmi assai intensi, come uno sfruttamento intollerabile), scarse interazioni con gli altri e un superiore che, consapevole dei gravi limiti personologici dell'assicurato, tolleri i suoi gesti impulsivi, cercando bonariamente di appianare le controversie ed esprimendo frequenti apprezzamenti positivi e sostegno umano all'assicurato, al fine di valorizzare i suoi punti di forza e la sua autostima fragile. Per questa ragione, non è medicalmente esigibile, vista la grave caratteropatologia, che l'assicurato riesca a collocarsi autonomamente, ma dovrebbe eventualmente essere sostenuto e guidato da personale qualificato dell'ufficio invalidità per avviare un progetto reintegrativo in collaborazione con il curante, individuando e testando concretamente la capacità di lavoro in un ambiente con le caratteristiche sopra descritte. L'assicurato ha usufruito anche in passato dell'aiuto di un collocatore con esito sfavorevole. Questo nuovo tentativo va attuato alla luce di quanto detto aiutando lo stesso anche nella formulazione della domanda di lavoro che nella ricerca. (...) (doc. AI 92/11, sottolineatura è del redattore) e, in merito alla capacità lavorativa in altre attività, osservato: "(...) difficilmente è pensabile un lavoro dove non sia necessario confrontarsi in qualche maniera con gli altri, inoltre i fallimenti ottenuti nella ricerca di un posto di lavoro hanno fiaccato ulteriormente le risorse dello stesso. Vi è stato un peggioramento dello stato psichico generale, con una riduzione della capacità di una relazione senza mostrare subito insofferenza, o aumento della quota d'ansia. E' presente un'aggressività latente sia verso se stesso sia verso gli altri. Nonostante al momento non vi sia un tono dell'umore deflesso, questo stato psichico è suscettibile di rapido peggioramento qualora debba confrontarsi con altri fallimenti. Il disturbo psichico presentato dall'assicurato allo stato attuale difficilmente è compatibile con un'attività lavorativa ordinaria. (...) (doc. AI 92/12-13, sottolineature del redattore) l'Ufficio AI non poteva fare proprie le conclusioni a cui è giunto il consulente in integrazione nel rapporto finale 26 settembre 2008 (doc. AI 100/1-2) il quale, scostandosi dalle risultanze mediche, ha ritenuto l'assicurato autonomamente integrabile e, sulla base del confronto dei redditi, concluso per un grado d'invalidità del 30.55% precisando di non ritenere opportuno mettere in atto provvedimenti di ordine professionale. L'Ufficio AI – ritenuto che la dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico 2 novembre 2005 (doc. AI 42/1-2), aveva evidenziato che "(...) nel corso degli ultimi mesi in relazione al grave peggioramento della sintomatologia depressiva con momenti di forte suicidalità, il paziente ha sviluppato anche ideazioni paranoici nei confronti dei collocatori AI e dei collocatori dell'ufficio disoccupazione che hanno anche constatato uno stato

depressivo importante (...)" (doc. AI 42/1, sottolineatura del redattore) e visto che il dr. \_\_\_\_\_, nello scritto 19 maggio 2008, ha precisato che "(...) un peggioramento rispetto a quanto accertato per il SAM dalla psichiatra dottoressa \_\_\_\_\_ sia derivabile solo a partire dal certificato della dottoressa \_\_\_\_\_ del novembre 2005 (...)" (doc. AI 96/1) – avrebbe inoltre dovuto appurare compiutamente a quando andava fatto risalire il peggioramento dello stato di salute e non limitarsi a fare proprie le semplicistiche conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ stante il quale: "(...) IL in attività adeguata dello 0% fino a 11.2005, mentre dopo tale data si giustifica una IL 30% (...)" (doc. AI 97/1). Del resto – visto che nel rapporto medico 28 aprile 2009 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha ribadito che "(...) la sua capacità lavorativa appare fuori dubbio compromessa a mio avviso il paziente è inabile nella misura del 100% come più volte certificato (...)" (doc. B) e che anche i periti del \_\_\_\_\_ avevano già concluso che "(...) questo stato psichico è suscettibile di rapido peggioramento qualora debba confrontarsi con altri fallimenti (...)" (doc. AI 92/13; secondo i medici SMR: "[...] in tal senso potrebbe essere letto il rifiuto di prestazioni AI e del suo riconoscimento istituzionale del ruolo di malato [...]" [doc. X/Bis]) – anche la valutazione medica deve essere aggiornata. In simili circostanze, non senza stigmatizzare l'operato del-l'Ufficio AI che ancora una volta ha reso necessario un rinvio degli atti, la decisione impugnata va quindi annullata e gli atti rinviati all'amministrazione – come del resto da lei stessa auspicato con osservazioni 25 maggio 2009: "(...) si chiede quindi a questo lodevole TCA di voler retrocedere gli atti all'ufficio AI per i citati accertamenti ai sensi delle annotazioni SMR 12.5.2009 con una successiva nuova decisione (...)" (X, pag. 2) – affinché esperiti i necessari accertamenti medici e economici, si pronunci nuovamente sulla seconda domanda di prestazioni inoltrata dall'assicurato. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza le spese per fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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