

## **TI\_GERICHTE 32.2013.151 vom 28. Juni 2013**

TI Tribunale d'appello, 2013-06-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.151](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.151)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.151 du 28 juin 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.151 del 28 giugno 2013

### **Regeste**

Nuova domanda di prestazioni. Perizia SAM e CPAS confermate

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.5. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata ( STF 9C\_80/2013 del 18 settembre 2013, consid. 3.2 ). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPG, art. 41 vLAI, art. 87 segg. OAI; Pratique VSI 1999, pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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 (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e

8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). 2.6. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.1), questo Tribunale con STCA del 25 ottobre 2012 ha dichiarato irricevibile il ricorso del 17 settembre 2012 interposto contro la decisione del 18 luglio 2012 con la quale l'Ufficio AI aveva negato il diritto a prestazioni (decisione, questa, che pertanto è cresciuta incontestata in giudicato) e ha trasmesso gli atti all'amministrazione affinché trattasse il rapporto 4 settembre 2012 della dr.ssa \_\_\_\_\_ alla stregua di una nuova domanda. Ottemperando a quanto indicato da questo Tribunale l'Ufficio AI – dopo aver ricevuto i rapporti medici del 23 dicembre 2012 della dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. AI 64/1-4), e del 9 gennaio 2013 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna (doc. AI 65/1-4) – , vista la valutazione 25 gennaio 2013 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 67/1), ha incaricato CPAS di procedere ad una perizia psichiatrica a cura del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 68/1-2 e 69/1-2). Dal rapporto 11 marzo 2013, controfirmato dalla direttrice del CPAS, risulta che una volta esposta la consueta anamnesi ed esaminati gli aspetti soggettivi ed oggettivi, il perito non ha posto nessuna diagnosi psichiatrica con ripercussioni sulla capacità lavorativa attestando ansia non altrimenti specificata (ICD 10 F41.9) e tratti di personalità accentuati (ICD 10 Z73.1) quali diagnosi, esistenti dal 2011, ma, appunto, senza ripercussioni sulla capacità di lavoro (cfr. doc. AI 70/1-7). In particolare il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, posta la seguente valutazione e prognosi: " (...) Quanto obiettivato in occasione dell'attuale valutazione ricalca nella sostanza le valutazioni espresse dalla psichiatra Dr.ssa \_\_\_\_\_ nel proprio consulto nell'ambito dell'accertamento pluridisciplinare SAM del 06.04.2012. Il peritando è un soggetto che seppure da molti anni risiede in Svizzera di fatto sembra essersi poco integrato nel tessuto sociale, vivendo "ai margini" ed esercitando, perché sprovvisto di una formazione professionale specifica, lavori poco qualificati, ma funzionando per diversi anni. Gli esiti dell'incidente di cui rimane vittima ad agosto 2009, hanno finito per catalizzare il disagio derivante dalle proprie scarse capacità di adattamento ad un ambiente socio-lavorativo che probabilmente ha sempre e solo accettato per motivi economici e lo hanno portato a costruirsi una nuova identità attraverso il ruolo di ammalato. In questo ruolo, a causa di deficitarie capacità di mentalizzazione della situazione derivante da scarse risorse personali e culturali, si è chiuso in una posizione regressiva che ha comportato il definitivo abbandono delle sue abituali competenze lucrative, aspetto che però non va letto come effettiva perdita della capacità di funzionare sul piano lavorativo, ma come tendenza ad accentuare le proprie esperienze negative allo scopo di attirare l'attenzione sulla situazione di disagio sociale e probabilmente anche matrimoniale che vive e di cui la manifestazione caratteristica è rappresentata essenzialmente dalla tendenza ad aggravare i disturbi lamentati. In tale scenario si inserisce poi la manifestazione dei riferiti disturbi dispercettivi diagnosticati dalla psichiatra curante nell'ambito di un processo psicotico e a tale proposito concordo appieno con le valutazioni espresse dalla psichiatra Dr.ssa Castra. Il peritando non manifesta deficit cognitivi, non presenta dissociazione del pensiero né tantomeno un quadro depressivo di tale entità da essere condizionato da concomitanti aspetti psicotici. Analogamente a quanto obiettivato in occasione dell'accertamento SAM, anche in occasione dell'attuale valutazione il peritando nell'esposizione dei propri disturbi dispercettivi è apparso "estraneo", emotivamente poco coinvolto, come se stesse esponendo la trama di un film o di un racconto fantastico. Al contrario invece nella psicosi si è realmente convinti delle proprie esperienze cognitive. Un ulteriore aspetto, infine, che mi preme sottolineare è dato dal fatto che in occasione di entrambi i colloqui con lo scrivente il

peritando è apparso estremamente rallentato sul piano psico-motorio, espressione, a mio avviso, di una eccessiva neurolettizzazione, di cui francamente non si vede la necessità. Sarebbe pertanto opportuno che ad opera della psichiatra curante si puntualizzi la farmacoterapia ma anche che fornisca al peritando motivi di riflessione e migliori capacità adattative piuttosto che avallare certezze sulla sua condizione e quindi sul suo comportamento. Non si vedono pertanto motivi psicopatologici da determinare una inabilità lavorativa. (...)" (doc. AI 70/6-7) circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione ha concluso che: " (...) Anche in occasione della attuale valutazione non sono emerse menomazioni qualitative e quantitative a livello psicologico e mentale di tale entità da giustificare una inabilità lavorativa. Il peritando è pertanto da considerare, da un punto di vista esclusivamente psichiatrico, totalmente abile in qualsiasi attività lavorativa. [...] Da un punto di vista esclusivamente psichiatrico non si vedono controindicazioni all'adozione di misure di integrazione professionale. (...)" (doc. AI 70/7) La dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico 4 aprile 2013 indirizzato all'Ufficio AI, ha attestato: " (...) faccio un ennesimo rapporto medico per il paziente sopraccitato. Come il medico curante più di un anno seguo il paziente 2-3 volte al mese. Con frequenti appuntamenti il paziente ho potuto esaminare e approfondire il suo stato psichico con importante patologia psicotica che rende il paziente inabile al lavoro al 100%. Le perizie della Dr.ssa \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_i sono insufficienti. Con un'oretta di tempo non si può approfondire bene lo stato psichico di nessuno, tanto meno del SigRI 1, il caso psichiatrico molto difficile. A proposito del ricorso al Tribunale alle Assicurazioni è scritto nella sentenza, che non si accetta il ricorso per il ritardo della documentazione, ma però dicono di valutare il rapporto medico prodotto dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ al 4.9.2012, quale nuova richiesta per le prestazioni AI. Mi chiedo, è stato letto il mio rapporto medico o no? Se fosse stato letto bene, sicuramente avrebbero potuto verificare una malattia psichica grave e non basarsi sul primo rigetto della rendita e ora l'ultima fatta dal Dr. \_\_\_\_\_. In questo rapporto non ho più voglia di ripetere le condizioni psichiche del paziente, nel rapporto del 5.9.2012 tutto è scritto e dettagliato. Al momento attuale, lo stato psichico del paziente è poco cambiato e malgrado la cura: SEQUASE 300 mg + 300 mg la notte, OLANZAPIN 10 mg per 2, HALDOL 10 mg riserva, VENLAFAXINE 37,5 mg al mattino. Ho visto il paziente nel mio studio il 29.03.2013, stava molto male, forte angoscia, incubi di notte e purtroppo verbalizza suicidio, verbalizza paranoie ed ingiustizia verso di lui, mi dice: "Dr.ssa, l'unica soluzione per me è morire, ora mi dispiace che non ho fatto il suicidio un anno fa, prendere la macchina ed entrare nel lago, ero tanto convinto". Queste parole sono molto pesanti, fanno paura. Io ho tenuto il paziente oltre 2 ore cercando di dargli fiducia e sostegno. Il paziente è stato leggermente meglio, è andato a casa, ma rimaniamo in contatto telefonico. Chiedo, cosa fare ora? Un altro ricorso al Tribunale delle Assicurazioni o lascio il paziente al suo destino, come la vostra decisione. (...)" (doc. AI 75/1-2) \_\_\_\_\_, psicologo specialista in psicoterapia, nel rapporto psicologico del 7 maggio 2013 (doc. AI 76/1-2) – dopo aver evidenziato, tra l'altro, che "(...) abbiamo sottoposto il Sig. RI 1 -1985- a precisazione diagnostica di personalità, tramite il Rorschach, su richiesta della psichiatra curante Dr.ssa FMH \_\_\_\_\_. (...)" (doc. AI 76/1) – , ha concluso che "(...) le caratteristiche emerse al test quali la dissociazione simmetrica, le tendenze interpretative, le confabulazioni, gli sdoppiamenti e le trasformazioni sul piano percettivo, unitamente a tendenze disgregative, risultano compatibili con l'ipotesi diagnostica di struttura psicotica; da questo punto di vista, la devitalizzazione, presente in modo significativo al test, sembrerebbe caratterizzare

un'economia mentale tendenzialmente disogettualizzante più che semplicemente depressiva. (...)” (doc. AI 76/2) Chiamato ad esprimersi al riguardo (cfr. doc. AI 77/1, 78/1 e 79/1) il dr. \_\_\_\_\_, nei complementi peritali del 24 maggio e del 4 giugno 2013 controfirmati dalla direttrice del CPAS, ha osservato: " (...) In riferimento a quanto descritto dalla psichiatra Dr.ssa \_\_\_\_\_ nel proprio rapporto del 4.4.2013, ribadisco che quanto emerso nel corso dei due colloqui avuto con lo scrivente, e mi preme sottolineare che sono durati un'ora ciascuno, il peritando rispetto ai presunti disturbi psicotici lamentati si mostrava distaccato e poco coinvolto emotivamente nel descrivere le proprie allucinazioni. Non si capisce poi bene a quale ingiustizia perpetrata ai propri danni si riferisce il peritando e segnalata sempre dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ come possibile motivo di agiti autolesionistici. Se fosse da attribuire al mancato riconoscimento della rendita si confermerebbe l'impressione suscitata nello scrivente, ma anche nella psichiatra Dr. \_\_\_\_\_ che aveva avuto modo di valutarlo in occasione dell'accertamento pluridisciplinare SAM del 6.4.2012, di una evidente tendenza alla rendita. D'altronde quando la Dr.ssa \_\_\_\_\_ si pone il problema su cosa fare con un paziente che dice di volere morire, solitamente si ricorre al ricovero in una struttura protetta, se occorre anche in modo coattivo, cosa che invece la psicoterapeuta non sembra neanche avere mai preso in considerazione. Confermo pertanto le conclusioni della perizia psichiatrica del 11.3.2013 e ribadisco che le presunte dispercezioni lamentate dal peritando mi lasciano perplesso per i motivi descritti nella citata perizia e che all'origine delle lamentazioni da egli verbalizzate non è estraneo il traballante rapporto coniugale. (...)” (doc. AI 81/2) " (...) Nell'ambito del proprio rapporto psicologico lo psicologo \_\_\_\_\_ parla di struttura psicotica sulla base di dissociazione, confabulazioni, sdoppiamenti e dispercezioni. In occasione delle mie valutazioni il peritando non era dissociato nel pensiero, né confabulante, con una personalità limite ma non destrutturata ed al momento di entrambe le visite peritali negava dispercezioni. Confermo pertanto le conclusioni della citata perizia. (...)” (doc. AI 81/3)

L'Ufficio AI – viste le risultanze mediche suenunciate – con decisione 28 giugno 2013 ha quindi confermato il diniego a prestazioni (doc. AI 83/1-4). 2.7. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG A (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376 . Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell' autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG A - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...) " (STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010 , consid. 2) Va poi evidenziato 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), 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; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). 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 lavorativa 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 psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ il quale – confermando le valutazioni con i rispettivi complementi del SAM (cfr. doc. AI 41/1-4 e 50/1) e del CPAS (cfr. doc. AI 71/1 e 82/1), perizie, queste, che hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore – ha stabilito un'inabilità lavorativa del 100% in qualsiasi attività dal 28 agosto 2009 e dal 1. dicembre 2009 una capacità lavorativa del 60% nell'attività abituale svolta dall'assicurato e del 100% in un'attività adeguata (vedi il rapporto finale SMR del 17 aprile 2012 sub doc. AI 41/1-4 confermato nelle annotazioni del 25 giugno 2012, del 26 marzo e del 24 giugno 2013 sub. doc. AI 50/1, 71/1 e 82/1). La dettagliata ed approfondita valutazione del SAM (doc. AI 40/1-47) – che ha tenuto conto di tutta la documentazione medica versata agli atti – non è stata validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare, per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico, la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 4 settembre 2012 (doc. AI 59/16-19; rapporto, questo, che il TCA aveva trasmesso all'Ufficio AI affinché lo trattasse alla stregua di una nuova domanda; cfr. consid. 1.1) ha rilevato: " (...) Nella perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ sono molte inesattezze, contraddizioni, non ha approfondito anamnesi familiare, che è molto importante, ne anche stato psichico del paziente. Il scritto è molto teorico-vago e superficiale. Come ho detto sopra il paziente ha fatto un ricorso al 9.05.2012 accompagnato dal mio rapporto, molto bene scritta anamnesi familiare, stato psichico del paziente, tara familiare. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ avrebbe ricevuto ordine di dare la sua osservazione sul mio rapporto. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ mi nega in totale, contesta tutto e anche al punto di

accusarmi, se è vero che il paziente stava così grave - suicidale di non mandarlo in ospedale di \_\_\_\_\_, e si intuisce che, tutto quello che ho scritto è inventato (cita 2 psichiatri Dr. \_\_\_\_\_ e forse lei) dicono al contrario. Lei non avrebbe osservato fenomeni psicotici del paziente: allucinazioni visive e auditive, deliri paranoidi ecc., perchè lo stato psichico di RI 1 non era approfondito "lege artis", per lei sono le fantasie infantile - nevrotiche, anche il tentamen del suicidio di RI 1 per lei è una romanzata (molto grave). In merito alle critiche e menzogne al mio rapporto specialistico del 9.05.2012 mi presento: io sono FMH specialista in psichiatria e psicoterapia, ho il mio studio medico oltre 30 anni e in questo lungo periodo ho visto e curato con buon esito migliaia di depressi e psicosi. Ora prosegue il mio rapporto medico: il paziente RI 1 è \_\_\_\_\_, abbandonato dalla madre, cresciuto da un nonno bevitore e aggressivo. Il padre viveva in Svizzera e a sei anni recupera RI 1 pure in Ticino. Da notare in anamnesi familiare che è molto importante, in perizia della Dr.ssa \_\_\_\_\_ non si parla della tara psichiatrica della famiglia. Il padre di RI 1 è psicotico, più volte curato alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ed altre cliniche, ha la rendita AI al 100%, la zia (sorella del padre) è spesso in cura alla \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con lunghe degenze. La matrigna - seconda moglie del padre è sub depressa, sofferente di poliartrite curata e ha la rendita AI al 100%. RI 1 in Ticino inizia la scuola elementare, però non ha il rendimento, è molto sofferente, agitato, poi viene mandato all'Istituto \_\_\_\_\_ e segue la scuola speciale, ma anche qui con scarso successo, per 2 anni è seguito dal servizio medico pedagogico con buon beneficio per Avnor. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ nega, come ho scritto, lieve ritardo mentale e dice nella sua perizia che Avnor ha fatto scuole d'obbligo normali, non menziona neanche l'Istituto Vanoni fino all'età di 16 anni (non approfondito niente). Dopo l'Istituto \_\_\_\_\_, RI 1 fa diversi lavori, perché non ha potuto seguire nessun apprendistato, per primo si associa con degli amici, impara tra di loro lo spagnolo e lavorano insieme nel distribuire la musica. RI 1 sta discreto e indipendente. Negli anni circa 2000, RI 1 abbandona gli amici, si sente stanco, cambiato, pensa che gli amici sono contro di lui, lo tradiscono, dopo lavora alla piscina comunale e poi come aiuto giardiniere ed alla fine all'edilizia come operaio, in 2 guidano un furgone. Nel 2008 vi è un incidente con furgone, non grave e nessun ferito, però RI 1 subisce un forte shock psichico, si sente molto male, paure, vari dolori del corpo ed è seguito dal suo medico Dr. \_\_\_\_\_, da qui comincia il calvario della sua malattia psicofisica, molte visite mediche, molti esami, 2 stampelle per 6 mesi perché ? e molti analgetici. Ora, RI 1 è un mio paziente da circa 5 mesi con una cura farmacologica adeguata, più il mio sostegno psicologico, il paziente va meglio, ma purtroppo e malgrado una buona cura, come ho detto sopra, non sono riuscita ancora ad ottenere una completa remissione clinica. Al livello psichiatrico il paziente è stato molto trascurato e ci vorrà lungo tempo per una buona ripresa. Stato psichico del paziente alla prima consultazione: RI 1 è accompagnato dai familiari e viene d'urgenza, è vestito tutto in nero che fa impressione, è molto teso, bloccato, nessuna espressione della mimica, poi pianino il paziente si scioglie, è collaborante con me e le sue prime parole sono: "Dr.ssa sto molto male, aiutami, aiutami e poi, non dormo da tanti notti, sono torturato dalle visioni mostruose, mi corrono, mi minacciano, non posso più sopportare, non posso più vivere così, mi aiuti Dr.ssa", si confessa del suicidio e mi spiega: "ho pensato prendere auto e di notte gettarmi nel lago" - non è romanzato come dice Dr.ssa \_\_\_\_\_, ma è dura realtà. Io subito somministro il paziente in mio studio con ZIPREXA 10 mg e poi RI 1 mi conferma che è più calmo, quindi proseguo con la cura di SEROQUEL 100 mg x 4, HALDOL 10 mg antipsicotico più incisivo per fenomeni psicotici per la notte, RISPERIDON 4 mg una ½ pasticca al mattino

(2 mg), poi rimango con lui in comunicazione telefonica e spesso consultazioni in studio. Il paziente segue bene la cura, sta meglio, dorme, non lamenta più le allucinazioni, però rimane sempre molto sospettoso e proiettivo verso gli altri, è interpretativo, quindi psicotico. Vorrei ancora notare un episodio dell'assicurazione AI. In data 20.08.2012 dopo aver fatto a RI 1 una procura, ricevo una telefonata da una signorina (non si è presentata), solo diceva assicurazione AI, parlava molto e sconnesso, alla fine capisco che contesta la mia procura del paziente che non è valida. La mia domanda è: "come mai, una qualsiasi impiegata dell'AI possa avere nelle mani un documento medico?" Confermo che il paziente RI 1 è inabile al lavoro al 100% e chiedo che si prenda questo caso seriamente ad esaminare, cioè una nuova perizia psichiatrica e per concedergli la rendita AI. La prognosi è infausta. (...)" (doc. AI 59/16-19) Al riguardo questo Tribunale osserva innanzitutto che i periti del SAM nell'anamnesi familiare hanno, tra l'altro, evidenziato che "(...) il padre, 46enne, di professione aiuto-gommista, percepisce da ca. 4 anni una rendita per problemi di depressione (...)" (doc. AI 40/10). In questo senso non è possibile sostenere che non si è tenuto conto di un eventuale aspetto ereditario della patologia psichiatrica. D'altra parte, ancorché i periti del SAM hanno attestato che "(...) dopo aver frequentato in Ticino le scuole dell'obbligo con discreti risultati (...)" (doc. AI 40/1) e la consulente dr.ssa \_\_\_\_\_ che "(...) frequenta le scuole dell'obbligo (...)" (doc. AI 40/25), il solo fatto di aver frequentato l'istituto \_\_\_\_\_ e di essere stato seguito per due anni dal servizio medico pedagogico non appare determinante ai fini della valutazione attuale dello stato psichico e di eventuali ripercussioni sulla capacità lavorativa. Neppure dal fatto che anche la sorella del padre sarebbe seguita a livello psichiatrico e che l'assicurato avrebbe riferito di un tentato suicidio è possibile trarre delle conclusioni dirette e immediate circa l'attuale capacità lavorativa. Questo vale a maggior ragione se si considera che la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel complemento del 5 giugno 2012 (doc. AI 49/4-5), aveva già evidenziato che "(...) le prime notazioni in merito alla possibile presenza di aspetti psicologici sono rintracciabili nello scritto del curante solo dal 2009 [ndr.: si riferisce al certificato del 21 dicembre 2009 del dr. \_\_\_\_\_ inviato alla \_\_\_\_\_; doc. 44/1-2 dell'incarto LAINF] ed appaiono vaghi. Anamnesi completamente negativa in precedenza. Il 3.10 il \_\_\_\_\_ [ndr.: si riferisce alla visita medica \_\_\_\_\_ del 24 marzo 2010 effettuata dal dr. \_\_\_\_\_, FMH in chirurgia ortopedica; doc. 50/1-3 dell'incarto LAINF] cita la presenza di un quadro somatoforme (...)" (doc. AI 49/4) e che "(...) anche il racconto della collega in merito alla suicidabilità e al suicidio impedito dalla matrigna, suona romanizzato. Supposto però che fosse vero e ci si trovasse di fronte ad un rischio di altro tentativo di suicidio, mi chiedo quanti giorni di ricovero la collega abbia prescritto? Mi pare però di non ritracciarne menzione. Quindi o si era di fronte a un suicida e si è rischiato molto nel non ricoverare o ... non si trattava di un potenziale suicida. (...)" (doc. AI 49/5). Sempre in quel contesto, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha anche negato di aver consigliato all'assicurato di rivolgersi ad uno psichiatra: "(...) sono solita inviare i soggetti che riferiscono una sofferenza emotiva a parlare con un tecnico ma nel caso in oggetto certamente non fui indotta a fargli l'invito né "immediato" né con preoccupazione. Ho diagnosticato di fatto – Ansia NAS (ICD 10, F 41.9) – Tratti di personalità accentuati (ICD 10, Z 73.1). (...)" (doc. AI 49/5). Anche il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia – riferendosi alle visite del 10 gennaio e del 9 febbraio 2011 – , nella lettera del 27 agosto 2013 indirizzata all'avv. RA 1 ha concluso che "(...) avendo visto il paziente 2 volte soltanto non mi è stato possibile formulare una diagnosi precisa. Posso però affermare che quanto da me osservato rientra con buona probabilità nell'ambito di un disturbo della personalità o di una malattia

di valenza psicotica (scivolamenti psicotici). (...)” (doc. A/2). Dunque – ancorché la dr.ssa \_\_\_\_\_ nel rapporto medico del 9 maggio 2012 abbia posto la diagnosi di “(...) psicosi allucinatoria e delirante cronica e non curata in un paziente con leggero ritardo mentale (...)” (doc. AI 44/3, la sottolineatura è del redattore) concludendo per un’inabilità al lavoro del 100% – il dr. \_\_\_\_\_ non ha posto una diagnosi psichiatrica, non si è pronunciato sulla capacità lavorativa e ha considerato solo probabile l’esistenza di un disturbo grave di personalità o una non meglio specificata malattia psicotica. Ma vi è di più, il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia psichiatrica dell’11 marzo 2013 (doc. AI 70/1-7), ha confermato sostanzialmente la valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.6) osservando che “(...) anche in occasione della attuale valutazione non sono emerse menomazioni qualitative e quantitative a livello psicologico e mentale di tale entità da giustificare una inabilità lavorativa. Il peritando è pertanto da considerare, da un punto di vista esclusivamente psichiatrico, totalmente abile in qualsiasi attività lucrativa. (...)” (doc. AI 70/7). Dal canto suo la dr.ssa \_\_\_\_\_, anche nel rapporto medico del 4 aprile 2013 (doc. AI 75/1-2 riprodotto in esteso al consid. 2.6), da una parte non ha posto nessuna diagnosi secondo un sistema di classificazione scientificamente riconosciuto – a proposito va ricordato come l’Alta Corte ha costantemente ribadito che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_636/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 4.2.1 e le citate DTF 136 V 279 consid. 3.2.1 pag. 283 e 130 V 396 consid. 6 pag. 399 segg.) – dall’altra non si è confrontata in modo valido con la perizia del CPAS. Anche nel rapporto del 26 settembre 2013 indirizzato all’avv. RA 1 (doc. B), la sanitaria non pone nessuna diagnosi secondo un sistema di classificazione scientificamente riconosciuto limitandosi a ribadire le proprie critiche in punto all’anamnesi. In particolare, per quanto concerne la contestazione in merito alla durata della visita del dr. \_\_\_\_\_ – la dr.ssa \_\_\_\_\_ evidenzia che “(...) con un’oretta di tempo non si può approfondire bene lo stato psichico di nessuno, tanto meno del Sig. RI 1, il caso psichiatrico molto difficile. (...)” (doc. AI 75/1) e che “(...) il dr. \_\_\_\_\_ in una settimana ha visto il paziente 2 volte in totale, circa 1 ora ed in seguito la perizia è stata fatta (...)” (doc. B). Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_i, nel complemento del 24 maggio 2013, ha invece osservato che “(...) mi preme sottolineare che sono durati [ndr.: si riferisce ai due colloqui] un’ora ciascuno (...)” (doc. AI 81/2) – il TF ha già avuto modo di rilevare che il valore probatorio di un rapporto medico non dipende di massima dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concludenza (cfr. STF 9C\_942/2009 del 29 marzo 2010, 9C\_1013/2008 del 23 dicembre 2009 e I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti). Riguardo al rapporto del 7 maggio 2013 dello psicologo \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 76/1-2), questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dal complemento peritale del 4 giugno 2013 nel quale il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso che “(...) lo psicologo \_\_\_\_\_ parla di struttura psicotica sulla base di dissociazione, confabulazione sdoppiamenti e dispercezioni. In occasione delle mie valutazioni il peritando non era dissociato nel pensiero, né confabulante, con una personalità limite ma non destrutturata ed al momento di entrambe le visite peritali negava dispercezioni. (...)” (doc. AI 81/3). Giova qui evidenziare che già la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel consulto del 26 febbraio 2012 (doc. AI 40/23-28), aveva, tra l’altro, attestato che “(...) accede al colloquio con disponibilità con una certa tendenza alla circostanzialità in merito ai fatti “dispercettivi”, ai demoni, ecc: il dato si associa ad una emotività e affettività incongrua. Afferma timori, paure che però non

trapelano nel colloquio dove sembra piuttosto impegnato ad arricchire di dati il resoconto e come a voler meravigliare-colpire l'interlocutore. Le comunicazioni hanno aspetto impressionistico e drammatizzato, alla stregua di una pseudologia fantastica. Si mostra sempre formalmente critico rispetto a quanto afferma ma parallelamente deciso a voler presentare il contenuto francamente fantastico piuttosto che dispercettivo come, direi, riprova del supposto malessere psicologico come a voler svelare un'idea profonda che il folle sia qualcuno che vede cose strane, dice cose strane, vede il diavolo ecc. Il dato appare ascrivibile a un preconcepto prodotto all'interno di una subculturalità che gli appartiene e ad una scarsa-assente differenziazione e accesso del pensiero ad un livello di approfondimento superiore. Non accede ad alcun approfondimento. La mimica si mostra mobile non atteggiamento antalgico nel corso del colloquio. Assenti altri aspetti del funzionamento del pensiero e fenomeni di produttività che possono suffragare l'idea di un quadro psichiatrico più rilevante. Non disorganizzazione linguistica, del pensiero né comportamentale. Nessun contenuto francamente delirante: il quadro narrato appare piuttosto una costruzione della fantasia a impronta nevrotica. (...)” (doc. AI 40/26). La stessa dr.ssa \_\_\_\_\_, nel complemento peritale del 5 giugno 2012 (doc. AI 49/4-5), aveva ancora sottolineato che “(...) esisteva una franca discrepanza tra i sintomi riferiti (di impronta allucinatoria) e il quadro cognitivo-psicologico-psico-patologico-umorale del soggetto. A mio avviso non si trattava di una simulazione ma certamente di un quadro a impronta nevrotica acuito da tratti di personalità dipendenti, isteriformi, poco strutturati e differenziati. Il disagio fisico lamentato e i timori riferiti al futuro e alla situazione economica, potevano a mio avviso attivare inconsapevolmente una sorta di sindrome da risarcimento. [...] Allo stato dei fatti e in assenza di valide ed oggettivabili note psicopatologiche che sostengano una presunta psicosi, resto delle mie conclusioni. (...)” (doc: AI 49/5). Quanto infine all'asserita necessità di porre una diagnosi – “(...) avantutto è importante accertare la diagnosi, che manifestamente differisce tra il curante ed i periti. (...)” (XII) – questo Tribunale ribadisce che è la dr.ssa \_\_\_\_\_ a non aver mai posto una diagnosi secondo un sistema di classificazione scientificamente riconosciuto e osserva che in ogni caso per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti). Rispecchiando sia la perizia pluridisciplinare del 6 aprile 2012 con complemento del 22 giugno 2012 del SAM (doc. AI 40/1-47 e 49/1-5) che la perizia dell'11 marzo 2013 con i complementi del 24 maggio e del 4 giugno 2013 (doc. AI 70/1-7, 81/2 e 81/3) del dr. \_\_\_\_\_ tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), questo Tribunale deve concludere che dalla precedente decisione del 18 luglio 2012 (cfr. consid. 1.1) al 28 giugno 2013 (data della decisione impugnata e oggetto della presente vertenza), non è subentrato un peggioramento dello stato di salute tale da riconoscere all'assicurato il diritto a prestazioni. In questo senso, la domanda di rinvio degli atti all'Ufficio AI affinché proceda ad aggiornare gli atti medici va respinta. In effetti, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF

9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.9. In simili circostanze, visto tutto quanto precede e ribadito che dalla precedente decisione del 18 luglio 2012 a quella qui impugnata del 28 giugno 2013 non è subentrato un peggioramento dello stato di salute, è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto a prestazioni. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.11. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, la perizia del CPAS con la valutazione del dr. \_\_\_\_\_, svolta nell'ambito della nuova domanda di prestazioni, ha permesso di escludere con la dovuta chiarezza che un peggioramento dello stato di salute fosse subentrato e l'insorgente, anche se patrocinato da un legale, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio tale valutazione. Come visto sopra, nonostante non gli potesse sfuggire la necessità di contestare validamente le conclusioni a cui è giunto il perito dr. \_\_\_\_\_ dopo che questo Tribunale aveva invitato l'amministrazione a trattare il rapporto medico del 4 settembre 2012 della dr.ssa \_\_\_\_\_ alla stregua di una nuova domanda, l'insorgente in corso di procedura ricorsuale non ha prodotto alcuna documentazione medica idonea a validamente contestare tanto le precedenti valutazioni del SAM quanto quelle del CPAS e/o a rendere verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del 28 giugno 2013. In simili condizioni, l'istanza tendente all'esonero delle spese e tasse di giustizia e all'ammissione del gratuito patrocinio deve essere respinta.

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