

## **TI\_GERICHTE 32.2014.111 vom 16. Juni 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-06-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.111](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.111)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.111 du 16 juin 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.111 del 16 giugno 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . 2.3. Nel caso in esame, dal punto di vista reumatologico l'assicurato è stato peritato, per conto della cassa malati, dal dr. \_\_\_\_\_. Con referto 11 maggio 2012 lo specialista, svolta la consueta anamnesi, la raccolta dei dati oggettivi e soggettivi, ha diagnosticato: " (...) Sindrome algica generalizzata aspecifica. Decondizionamento muscolare. Minime alterazioni degenerative della colonna cervicale (protrusioni discali multisegmentali in canale spinale cervicale tendenzialmente ristretto). Minime alterazioni degenerative della colonna lombare (protrusione discale mediana con condrosi L5/S1, spondilosi anteriori plurisegmentali). (...)" (doc. AI 15/12) Egli ha poi proceduto alla valutazione e discussione, concludendo che "... dal lato strettamente reumatologico, l'assicurato può continuare a lavorare nella misura totale nella sua ultima attività professionale di operaio, per cui un cambio di professione non è indicato " (doc. AI 15-29), qualificando come ottima la prognosi e consigliando una valutazione psichiatrica. La Cassa malati ha pertanto disposto una perizia psichiatrica a cura della dr.ssa \_\_\_\_\_. Nel rapporto 9 maggio 2012, diagnosticata una sindrome da dolore somatoforme (ICD 10 F45.4) e dopo aver proceduto alla valutazione dei dati raccolti, essa ha concluso per un'inabilità lavorativa del 100% dall'infortunio (13 marzo 2011) (doc. 10, inc. cassa malati). L'assicurato è stato nuovamente peritato, sempre per conto dall'assicuratore contro le malattie, dal punto di vista psichiatrico. Con rapporto 5 agosto 2012 il dr. \_\_\_\_\_, diagnosticata una sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di grado medio (ICD 10 F 33.1) e una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F.45.4), distanziandosi dalla valutazione medico-teorica della dr.ssa \_\_\_\_\_,

come pure da quella dello psichiatra curante dr. \_\_\_\_\_ (il quale aveva sostenuto un'invalidità lavorativa del 50%), ha concluso che: " (...) Complessivamente l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa per ragioni psichiatriche dal 09.01.2012 nella misura del 40% come tuttora. Tale data è un punto di riferimento teorico in quanto egli non è mai stato visto da un collega psichiatra prima del mese di giugno di quest'anno. Pertanto si può asserire che a partire dal 09.01.2012 la sindrome algica e quella depressiva hanno una valenza di malattia psichiatrica che incide sulla sua capacità lavorativa in modo duraturo. (...)" (doc. 16/6, inc. cassa malati) Ritenuta indicata una rivalutazione peritale (necessaria in particolare per la valutazione dei criteri di Foerster), con annotazioni 23 luglio 2013 il SMR ha dato mandato al CPAS di svolgere una perizia psichiatrica (doc. AI 72). Nel rapporto 22 ottobre 2013 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'assicurato affetto da reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10: F. 43.22) e da sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F.45.4). Confermando sostanzialmente la precedente valutazione del dr. \_\_\_\_\_, ritenuti dati i criteri di Foerster, la perita ha concluso che "l'assicurato presenta dunque una reazione mista ansioso-depressiva ed una sindrome somatoforme da dolore persistente che comportano una IL che è pari al 40%, inteso come riduzione del rendimento" (doc. AI 84). Dopo aver chiesto delle delucidazioni alla perita in merito alla valutazione dei criteri di Foerster (scritto 13 novembre 2013; doc. AI 87), ricevuta risposta dalla stessa il 6 dicembre 2013 (doc. AI 90), nel rapporto finale 21 gennaio 2014 il SMR, a firma del dr. \_\_\_\_\_ (specialista in medicina generale) e dr.ssa \_\_\_\_\_ (specialista in psichiatria e psicoterapia), ha tuttavia concluso: " (...) La lettura della perizia psichiatrica (un solo colloquio di durata non specificata) pone la diagnosi di una sindrome da disadattamento, quindi una diagnosi non di particolare gravità insorta successivamente allo sviluppo di un quadro somatoforme (in precedenza nessun antecedente psichiatrico segnalato). I criteri di Foerster non appaiono soddisfatti sia per quanto riguarda la presenza di una comorbidità psichiatrica maggiore di particolare rilevanza, sia per gli altri aspetti già come segnalato nella corrispondenza inviata alla perita dal SMR il 13.11.2013. Anche lo psichiatra curante si era espresso per una piena abilità dal dicembre 2012. Per questi motivi si ritiene che il disturbo somatoforme non abbia le caratteristiche per essere considerato invalidante a livello assicurativo, lo stesso vale per il disturbo da disadattamento, diagnosi secondaria alla sindrome somatoforme." (doc. AI 93/3) Con le osservazioni al progetto di decisione, l'assicurato ha trasmesso diversa documentazione: - il certificato 18 marzo 2014 del suo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, il quale ha segnalato: " (...) Vista la persistenza dei suoi disturbi somatoformi è stato organizzato un ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dove egli ha soggiornato dal 22.08.2012 al 20.10.2012 con la seguente diagnosi: una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 GM F45.4) e un disturbo dell'adattamento (ICD-10 GM F43.2). Malgrado varie cure associate a dei farmaci antidepressivi e analgesici la sua situazione non è migliorata. Salvo un lieve miglioramento che ha presentato durante il suo soggiorno presso la Clinica \_\_\_\_\_, già all'epoca egli veniva dimesso con una terapia a base di Saroten, Lyrica, Mydocalm e Dalmadorm. Non riuscendo a svolgere alcuna attività lavorativa egli perdeva il suo posto di lavoro e vista la persistenza della sua sintomatologia dolorosa avevamo chiesto un sostegno da parte dell'assicurazione aiutandolo ad inserirsi nell'ambito di un programma di reinserimento professionale. Come già accennato, dopo la riacutizzazione della Sua sintomatologia dolorosa il paziente presenta tuttora dei dolori nelle varie parti del corpo e si lamenta di disturbi della concentrazione, stati d'ansia, irritabilità, importanti disturbi del sonno. Egli presenta ancora lavorativa nella misura completa malgrado l'assunzione di una

serie di psicofarmaci e colloqui di sostegno. Trovo che il ricorso sia adeguato, vista la sua età relativamente giovane e visto che da solo non è riuscito a reinserirsi nell'ambito lavorativo, credo che valga la pena di aiutarlo nella realizzazione di tale obiettivo." (doc. AI 118/4-5) - il certificato 16 aprile 2014 del dr. \_\_\_\_\_, medico curante: " (...) Il paziente continua a presentare una sintomatologia dolorosa poliarticolare e in modo più spiccato a livello panvertebrale lamenta pure una sintomatologia dolorosa in sede lombare con irradiazione all'arto inferiore destro con parestesie al piede destro. Il paziente in considerazione di tale patologia assume Arthrotec 75 mg 2 volte una pastiglia al giorno, Lyrica 50 mg 3 volte una pastiglia al giorno, Seroten Retard una pastiglia alla sera, Stilnox una pastiglia alla sera Mydocalm 3 a volte una al giorno. Inoltre segue regolarmente delle Cure fisioterapiche. Malgrado questi trattamenti il paziente continua a rimanere molto sintomatico. Nel corso degli ultimi tempi inoltre sono peggiorate le cefalee. In queste condizioni il paziente deve essere considerato inabile al lavoro in misura completa. " - il rapporto 6 maggio 2014 del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha proceduto ad un aggiornamento della situazione reumatologica, rilevando: " (...) Si tratta quindi di un'evoluzione cronica, di dolori persistenti e resistenti a tutte le terapie fino a qui instaurate nell'ambito di un quadro di reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico, con un'emisindrome dolorosa prevalentemente sul lato destro. Il tutto dev'essere inquadrato come per altro è già stato fatto in ambito psichiatrico, con valutazioni da parte del Dr. \_\_\_\_\_, che nella sua ultima lettera del 18.03.2014 in mio possesso, diagnostica una sindrome somatoforme da dolore persistente ed un disturbo dell'adattamento. Per quanto riguarda le proposte terapeutiche, queste sono limitate, visto e considerato la non risposta alle terapie fino a qui instaurate. Dal punto di vista assicurativo, non vi sono modifiche rispetto alle mie valutazioni antecedenti. Dal punto di vista reumatologico non possiamo ritenere essere presente un'incapacità professionale." (doc. AI 121/3) Con annotazioni 2 giugno 2014 i dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, esaminata la succitata documentazione, hanno ritenuto che la stessa "... non porta elementi medici che possano mettere in discussione le conclusioni del rapporto SMR del 21.01.2014 " (doc. AI 124). Non riscontrando, in conclusione, alcuna affezione invalidante, né reumatologica né psichiatrica, con la decisione qui impugnata l'Ufficio AI ha respinto la domanda di rendita. Con il presente ricorso l'assicurato contesta la conclusione a cui è giunta l'amministrazione, in particolare riguardo all'assenza di una patologia psichiatrica invalidante, causante, a suo dire, almeno un'incapacità lavorativa del 40%. Viste le divergenze in merito alla valutazione psichiatrica, tenuto anche conto della modifica della giurisprudenza in merito alla sindrome da dolore somatoforme (cfr. consid. 2.5), questo TCA ha dato mandato alla dr.ssa \_\_\_\_\_ di esperire una perizia psichiatrica. 2.4. 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). In caso di perizia medico giudiziaria, il giudice – di principio – non si scosta, senza ragioni imperative, dalle conclusioni del perito medico, il cui compito è proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (STF 8C\_524/2008 del 2 aprile 2009 consid. 7.2 e 8C\_103/2008 del

7 gennaio 2009 consid. 9, entrambe con riferimenti). Ragioni che possono indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa, pag. 352 e sentenze ivi citate; 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). Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario –contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste – ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: "Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen"). 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 (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 - 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 Sozialversicherungsrecht, 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).

2.5. 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 I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)” (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). 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 I 441/99 del 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). Con recente sentenza pubblicata in DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

2.6. Con rapporto 23 marzo 2016 la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha valutato l'aspetto psichiatrico dell'assicurato sulla base della documentazione medica (quella già presente nell'inserto e quella raccolta dalla perita stessa), della dettagliata anamnesi, delle telefonate avute con lo psichiatra ed il medico curanti, tenendo inoltre conto dei dati soggettivi ed oggettivi per diagnosticare, quali patologie invalidanti, una sindrome depressiva persistente, attuale episodio di grado medio (ICD F 33.11) ed una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4), nonché tratti narcisistici di personalità (IDC 10 F69) senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Essa ha poi proceduto alla discussione dei succitati dati e valutato come segue le conseguenze sulla capacità lavorativa: “ (...) L'esame peritale indica la presenza di una patologia psichiatrica con conseguenze sulla capacità lavorativa. In particolare concordo con le valutazioni del Dott. Med. \_\_\_\_\_ e della Dott. Med. \_\_\_\_\_ di un'inabilità medico teorica al 40% sotto forma di calo del rendimento per ogni attività adeguata leggera, manuale e di semplice esecuzione documentabile a partire dalla perizia \_\_\_\_\_ (visita medica del 3.08.2012) fino alla perizia \_\_\_\_\_ e in seguito fino alla mia prima visita. L'esame da me eseguito ha dimostrato un leggero peggioramento del quadro psichico complessivo, particolarmente di quello depressivo, con un incremento dell'incapacità medico teorica al 50% per caso del rendimento in ogni attività adeguata, documentabile dalla mia prima visita il 19.11.2015 e continua. La prognosi sulla base del decorso non è buona, ciò non di meno poiché una cura psichiatrica continua è attualmente instaurata con sufficiente alleanza terapeutica, una rivalutazione della situazione è proponibile dopo un ulteriore periodo di cura di due anni. (...)” (doc. XXXIII/1, pag. 22) Va fatto presente che la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha svolto l'incarico peritale tenendo conto della nuova giurisprudenza del TF in merito alle sindromi somatoformi (cfr. consid. 2.5), rispondendo in particolare al catalogo di domande secondo la lettera circolare AI nr. 338 del 9 settembre 2015 riguardo agli indicatori standard ivi contenuti (danno alla salute, contesto sociale, diagnosi, cura e reinserimento, coerenza e capacità lavorativa), più precisamente: “ (...) I. Danno alla salute 1. Forma e gravità dei riscontri oggettivi. Vedi punto 6. 2. Costatazioni relative alle manifestazioni concrete del danno alla salute. Le menomazioni riscontrabili sono rappresentate dalla sintomatologia algica diffusa, dal calo del tono dell'umore; dal rallentamento psicomotorio con riduzione

delle prestazioni cognitive dovuta anche allo stato d'ansia, angoscia e irritabilità; dalla faticabilità, dal calo della motivazione, della progettualità e della speranza nel futuro. Le limitazioni riguardano il rendimento in tutti gli aspetti della vita dunque l'esecuzione di compiti, la caricabilità, la tolleranza allo stress, le relazioni interpersonali e la mobilità. 3. Distinzione tra le limitazioni funzionali dovute al danno alla salute in questione e le conseguenze (dirette) di fattori non assicurati (motivi estranei all'invalidità quali ad es. disoccupazione, difficoltà economiche, competenze linguistiche carenti, età, basso livello di istruzione o fattori socio-culturali). Nel corso della perizia non si sono riscontrati aspetti rilevanti relativi a fattori non inerenti direttamente alla malattia. 4. Presa in considerazione di motivi di esclusione quali l'esagerazione dei sintomi e fenomeni simili nonché della loro entità. Nessun elemento significativo in questo senso rilevato nell'incarto, nella storia clinica e in corso di perizia. 5. Nel caso delle tossicomanie, occorre valutare se la sindrome da dipendenza è riconducibile a un disturbo pregresso con un elevato valore patologico. NON CONCERNE, il p. non ha problemi di abuso di sostanze psicoattive. 6. La sindrome da dipendenza ha causato un disturbo alla salute irreversibile? NON CONCERNE, vedi sopra. 7. Valutazione approfondita del profilo attuale e dell'evoluzione nel tempo della personalità dell'assicurato. Vedi Discussione. 8. Indicazioni dettagliate in merito ai disturbi e alle risorse personali esistenti. Vedi discussione, il p. come già sottolineato possiede facoltà di mentalizzazione ridotte e dunque ridotte possibilità nella pratica di far fronte e superare i propri disturbi. II. Contesto sociale 1. Anamnesi conforme alle linee guida da parte di tutti i periti coinvolti. Criterio assolto. 2. Descrizione dettagliata della vita quotidiana e del contesto sociale dell'assicurato. Vedi punti 4 e 5. 3. Valutazione dei documenti di natura non medica (ad es. esercitazioni al lavoro, accertamenti effettuati nell'economia domestica). Non ho rilevato elementi significativi a questo livello. 4. Indicazioni particolareggiate sui problemi sociali che provocano direttamente conseguenze funzionali negative, come ad es. disoccupazione o altre situazioni difficili. Il p. precedentemente all'inizio della sua attuale storia di malattia, presentava una situazione sociale e familiare sufficientemente buona. 5. Elenco dettagliato delle risorse personali esistenti e che possono essere mobilitate (ad es. sostegno da parte della rete sociale esistente, capacità comunicative, motivazione aderenza alla terapia ecc.). La moglie e i figli rappresentano un'importante fonte di sostegno e motivazione per il p. che anche in una fase precedente la patologia conclamata non coltivava altri interessi al di fuori di famiglia e lavoro. La possibilità di coinvolgere i familiari nel piano di cura del p. potrebbe entrare in linea di conto nel proseguo della terapia. III. Diagnosi 1. Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa. Sindrome Depressiva Persistente, attuale episodio di grado medio (ICD 10 F33.11) / Sindrome Somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4). 2. Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Diagnosi somatiche / Tratti narcisistici di personalità (ICD 10 F69). 3. Interazione tra le diagnosi: esame approfondito e motivato delle interazioni tra le diverse diagnosi sotto il profilo delle conseguenze funzionali. Di questo aspetto occorre tenere conto in sede di valutazione consensuale. Criterio assolto, vedi discussione. IV. Cura e reinserimento 1. La terapia adottata finora è stata applicata a regola d'arte (tipologia ed entità delle terapie, intensità o dosaggi necessari)? Come già sottolineato in perizia, a terapia psichiatrica è stata introdotta tardivamente a quadro clinico già florido, persistente e cristallizzato da molti mesi. Questo aspetto è confermato a più riprese nella documentazione medica contenuta nell'incarto (vedi anche punto 2, Riassunto degli atti). La modalità di segnalazione allo psichiatra, alla chiusura delle prestazioni \_\_\_\_\_ ha influenzato negativamente la possibilità di costruzione di un'alleanza

terapeutica sufficientemente buona, essendo vissuta dal p. invece che come un sostegno e una cura, come una squalifica o un giudizio negativo nei suoi confronti in quanto “matto” o simulante. La terapia psicologicamente accettabile per il p. fino a poco tempo fa è stata esclusivamente quella somatica con analgesici e fisioterapia (massaggi). Il rapporto terapeutico con lo psichiatra curante è peraltro migliorato con il tempo come pure il rapporto di fiducia con il medico di famiglia. La continuazione di una presa in carico interdisciplinare volta idealmente alla mobilitazione e attivazione delle risorse residue è auspicabile. In particolare mi riferisco qui sia al possibile graduale inserimento in una struttura intermedia come p. es.: un laboratorio protetto come pure alla prescrizione progressiva di una fisioterapia attivante nel senso proposto dal perito reumatologo. Questi interventi vanno nella direzione di aiutare il p. ad uscire dallo stato di regressione impotente e ineluttabile nel quale si trova da tempo. La psicoterapia in senso stretto per le risorse e le difficoltà del p. non sembra essere praticabile se non in senso supportivo. La farmacoterapia ha risentito e risente tuttora di fenomeni di intolleranza probabilmente almeno in parte spiegabili dal disturbo psicosomatico e dunque la prescrizione è adeguata alle possibilità reali date dalla clinica. Un potenziamento del farmaco antidepressivo potrebbe entrare in linea di conto teorico se sopportato dal p. in concomitanza con il miglioramento avvenuto del rapporto di fiducia con i medici curanti. Anche una riduzione della prescrizione di analgesici e antinfiammatori (con le loro note conseguenze sulla salute a lungo termine) in favore di altre classi di farmaci più indicate (Lyrica) così come prospettato dal medico di famiglia, appare provvedimento adeguato.

2. Indicazioni esaustive sullo spirito di collaborazione dimostrato dall'assicurato dal grado di motivazione. L'attitudine del p. a questo livello corrisponde a quanto esigibile per la sua patologia.
3. Asserzioni motivate sulle opzioni terapeutiche rimanenti, indipendentemente dal grado di motivazione. Accanto alle misure terapeutiche fin qui intraprese, un programma terapeutico/riabilitativo introdotto gradualmente (a partire per esempio da un inserimento in un laboratorio protetto) e coordinato dallo psichiatra curante potrebbe entrare in linea di conto nel proseguimento della presa in carico.
4. Affermazioni dettagliate sullo spirito di cooperazione dimostrato dall'assicurato durante i tentativi (autonomi) di reinserimento non andati a buon fine. Non concerne, tentativi di reinserimento fin qui non hanno potuto essere messi in atto.
5. I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Sì
6. In che misura? Completamente.
7. Affermazioni motivate sull'esigibilità delle misure di reinserimento. Tenuto conto di quanto osservato, la possibilità concreta di introdurre misure terapeutiche e/o riabilitative ulteriori sul piano teorico, deve essere valutata dallo psichiatra curante. Una rivalutazione a questo livello è proponibile dopo un periodo di cura di circa due anni dalla presente perizia. La continuazione della costante cura psichiatrica in quanto tale è d'altra parte esigibile.

V. Coerenza

1. Valutazione approfondita e critica delle discrepanze tra i sintomi descritti e il comportamento mostrato durante la visita, anche alla luce delle osservazioni dei periti delle diverse specialità mediche, e della coerenza della documentazione disponibile e delle attività quotidiane. L'esame peritale non ha dimostrato particolari discrepanze, salvo quanto già sottolineato rispetto alla valutazione sulla presa in carico psichiatrica della Dott. Med. \_\_\_\_\_ nella sua perizia. Quanto da lei riportato rispetto alla telefonata con il Dott. Med. \_\_\_\_\_ è discordante con la documentazione agli atti prodotta dallo psichiatra curante.
2. Esame particolareggiato e critico delle ripercussioni dell'incapacità al lavoro fatta valere su tutti gli ambiti di vita paragonabili professione/attività remunerativa, economia domestica, tempo libero, attività sociali). La patologia psichiatrica limita il p. in tutti gli ambiti della sua vita in modo importante

sebbene siano presenti tuttora competenze in misura parziale (medico teorica per la CL, capacità genitoriale, capacità di mantenere qualche attività quotidiana come le passeggiate e qualche contatto sociale sebbene ridotto come con il conoscente che incontra talvolta durante le uscite). 3. Paragone dettagliato con il livello di attività precedente al danno alla salute. Riduzione di tutti gli aspetti del funzionamento personale. 4. Valutare in maniera esaustiva e critica se l'assicurato ricorre a opzioni terapeutiche e le trascura. Il p. aderisce alla terapia in modo corrispondente alla patologia di cui è portatore e alle risorse che possiede. 5. Valutazione se l'incapacità di aderire alla terapia sia dovuta a una malattia. Non concerne. (...)” VI. Capacità lavorativa 1. La capacità lavorativa nell'attività svolta finora (inclusa la sua evoluzione nel tempo). 2. Capacità lavorativa in un'attività adeguata. In ogni attività adeguata; leggera, manuale e di semplice esecuzione 40% come riduzione del rendimento documentabile dal punto di vista psichiatrico dal 3.08.2012 (visita Dott. Med. \_\_\_\_\_) al 18.11.2015. Dal 19.11.2015 e (data della mia prima visita) 50% come riduzione del rendimento in ogni attività adeguata. Una rivalutazione è proponibile dopo ulteriori due anni di terapia a partire dalla presente perizia. (...)” (Doc. XXXIII/1, pag. 22-27) Dal punto di vista somatico, nell'esaustiva e approfondita perizia giudiziaria 7 febbraio 2016 il dr. \_\_\_\_\_ – il quale fra l'altro ha tenuto conto anche della documentazione medica trasmessa pendente causa dall'assicurato - ha concluso che lo stato attuale è rimasto analogo a quello riscontrato nel 2012, motivo per cui “... posso anche riconfermare che, per quanto riguarda la capacità lavorativa in attività adatta allo stato di salute, come pure nell'ultimo lavoro espletato come operatore presso la ditta \_\_\_\_\_ il signor RI 1, va ritenuto abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 – 9 ore, con rendimento massimo del 100%. Anche come casalingo sussiste una capacità lavorativa del 100 % dal 13.6.2011 .” (doc. XXVIII, pag. 21). Ritenuto dunque che l'unico danno alla salute è costituito dalla patologia psichiatrica, la perita ha concluso che l'assicurato presenta un'inabilità lavorativa del 40% in attività adeguate dal 3 agosto 2012 (visita Dott. Med. \_\_\_\_\_) al 18 novembre 2015 e del 50% dal 19 novembre 2015 (data della prima visita peritale). Con osservazioni 20 aprile 2016 l'assicurato sostiene che sulla base della succitata perizia giudiziaria gli sia riconosciuta un'invalidità del 40% con conseguente erogazione di un quarto di rendita dal 13 marzo 2012 – quindi con decorrenza del termine di attesa dal 13 marzo 2011 , giorno dell'incidente stradale – e un'invalidità del 50% dal 19 novembre 2015 con diritto ad una mezza rendita (XXXIX). Nelle osservazioni 25 aprile 2016 l'Ufficio AI, tenuto conto delle incapacità lavorative psichiche attestate dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, ha chiesto che: “ (...) Siccome la decisione impugnata del 16 giugno 2014 si è limitata, sulla base della valutazione medica allora attuata, a ritenere non adempiuta la condizione dell'inabilità lavorativa al 40% ininterrotta per almeno un anno come da art. 28 LAI, lo scrivente Ufficio reputa opportuno, alla luce delle conclusioni peritali osservate e della presenza di competenze residue in misura parziale, chiedere il ritorno degli atti all'amministrazione per esame delle misure attuabili da parte del Servizio integrazione professionale. Ulteriormente, l'amministrazione dovrà definire il grado d'invalidità causato dal danno alla salute.” (Doc. XLI) Ora, va rilevato che, come osservato dalla perita giudiziaria, “... l'incidente del 13 marzo 2011 è stato un evento scatenante la successiva patologia psichiatrica ... “ (risposta alla domanda nr. 7 del ricorrente). Tuttavia, la perita stessa ha fatto riferimento al rapporto 9 agosto 2012 del dr. \_\_\_\_\_ il quale, come visto, aveva indicato il 9 gennaio 2012 quale inizio dell'incapacità lavorativa precisando che “... tale data è un punto di riferimento teorico in quanto egli non è mai stato visto da un collega psichiatra prima del mese di giugno (recte: maggio, vedi perizia della

dr.ssa \_\_\_\_\_; n.d.r.) di quest'anno. Pertanto si può asserire che a partire dal 09.01.2012 la sindrome algica e quella depressiva hanno una valenza di malattia psichiatrica che incide sulla sua capacità lavorativa in modo duraturo” (doc. 16/6, inc. cassa malati). Inoltre va fatto presente che il 18 giugno 2012 l’assicurato è stato dal suo attuale psichiatra curante (cfr. rapporto del 21 giugno 2012 in doc. AI 15/5). Pertanto, prima dell’agosto 2012 era stata accertata una problematica psichiatrica. Per i succitati motivi, questo TCA ritiene di far decorrere dal 9 gennaio 2012 l’inabilità lavorativa del 40%, con susseguente peggioramento al 50% dal 19 novembre 2015, data della prima visita effettuata dalla perita giudiziaria. Ne consegue il rinvio degli atti all’Ufficio AI, così come postulato nelle succitate osservazioni del 25 aprile 2016. Visto quanto sopra, in accoglimento ai sensi dei considerandi del ricorso, la decisione contestata dev’essere annullata. 2.7. Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l’esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 1’000.--, sono poste a carico dell’Ufficio AI.

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