

TI_GERICHTE 32.2014.121 vom 2. Juli 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-07-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.121

FR: TI_GERICHTE 32.2014.121 du 2 juillet 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.121 del 2 luglio 2014

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. 2.4. L'assicurato, a partire dal 1° giugno 2002, ha beneficiato di una rendita intera di invalidità, per un grado AI dell'80%, ritenuto che, dal profilo medico, oltre ai disturbi di natura reumatologica valutati dalla perizia del dr. _____ del 2003, egli era stato ritenuto inabile al lavoro nella misura dell'80% già solo per motivi psichiatrici e, meglio, a causa di un "attualmente episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (ICD10-F32.2); in passato episodio depressivo di almeno media gravità (ICD10-F32.1); sindrome post-traumatica da stress (ICD10-F43.1); ernia discale L5-S1 con interessamento radicolare S1" constatata dal dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel referto peritale del 1° ottobre 2004 (doc. 63/1-19). In sede di revisione, con referto peritale del 26 luglio 2007, il dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e a quel momento _____ del CPAS, poste le diagnosi di "F33.2 ICD10: sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave senza sintomi psicotici; F43.1 ICD10: sindrome post-traumatica da stress", aveva constatato la presenza di una situazione invariata, confermando la percentuale di inabilità lavorativa dell'80% (doc. 88/1-9). Nella decisione impugnata, l'Ufficio AI ha diminuito la rendita AI erogata all'assicurato da intera a mezza fondandosi sulle conclusioni della perizia eseguita dalla dr.ssa _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia e _____ del CPAS. Nel referto peritale del 24 marzo 2014, la dr.ssa _____, sulla base delle risultanze di due colloqui con l'assicurato e di un esame neuropsicologico, ha posto la diagnosi di "sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado medio (ICD10-F33.1)" (doc. 121-5). Quanto alla capacità lavorativa medico-teorica, la _____ del CPAS - dopo avere indicato di avere potuto constatare un episodio depressivo di grado moderato, aggiungendo che "non emerge la tipica sintomatologia post-traumatica da stress", ritenendo quindi che "l'assicurato abbia avuto un notevole miglioramento rispetto alle condizioni psicologiche precedenti (vedi perizia) e con questo incrementato la sua capacità lavorativa la quale tuttavia non si può ritenere ripristinata ad integrum anche a causa della prolungata assenza da qualsiasi attività professionale (2002)" - ha considerato l'assicurato abile al lavoro 50% (rendimento pieno, tempo ridotto) (doc. 121-7). La dr.ssa _____ ha infine rilevato che "il fatto che l'assicurato abbia allenato _____ del _____ non dimostra che egli sia in grado di sostenere un lavoro anche perché secondo l'assicurato si sarebbe trattato di un'attività ergoterapeutica, un pomeriggio la settimana ad aiutare a vestirsi e a controllare i ragazzini senza alcuna remunerazione su consiglio dei terapeuti"

(doc. 121-5). 2.5. A seguito delle contestazioni sollevate dal dr. _____ e riprese dal rappresentante dell'assicurato in sede ricorsuale a proposito dell'affidabilità e della correttezza della valutazione peritale della specialista del CPAS, il dr. _____, ora psichiatra del SMR, ha chiesto una presa di posizione direttamente alla dr.ssa _____. Quest'ultima, con scritto del 6 ottobre 2014, ha risposto alle obiezioni addotte dallo psichiatra curante, spiegando, in particolare, per quali ragioni ella ha negato la sussistenza di una sindrome post-traumatica da stress, non avendone potuto constatare i classici sintomi, a parte la difficoltà del sonno. Ella ha, altresì, indicato che "è possibile" che la triste vicenda degli abusi sessuali subiti dal figlio "abbia contribuito alla tendenza depressiva" dell'assicurato, ribadendo infine, a proposito della gravità della psicopatologia depressiva in atto nell'interessato, di non avere "tuttavia potuto constatare una forma depressiva di gravità maggiore, sia per il quadro clinico che mi si è presentato, e per la descrizione della vita quotidiana che mi è sembrata tutto sommato compatibile con un episodio depressivo di grado medio". La dr.ssa _____ ha, del resto, ribadito che la sua conclusione è stata pure supportata dagli esiti del test neuropsicologico eseguito dal dr. _____, il quale ha evidenziato una lieve e selettiva riduzione del funzionamento cognitivo, compatibile con un quadro di depressione moderata (doc. VI/2). Con scritto del 18 novembre 2014, il dr. _____ ha nuovamente contestato le considerazioni espresse dalla dr.ssa B _____, indicando che "ci permettiamo di precisare alcuni elementi che mettono in luce la poca credibilità attribuita al paziente a margine sia per quanto attiene la somministrazione di farmaci, sia per la sofferenza, sia per la diagnosi e il trattamento" (doc. VIII). Viste le divergenze in merito alla valutazione psichiatrica, tenuto anche conto della modifica della giurisprudenza in merito alla sindrome da dolore somatoforme (cfr. consid. 2.7.), questo TCA ha dato mandato al dr. _____ di esperire una perizia psichiatrica.

2.6. 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 (DTF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 e riferimenti; STF 9C_734/2015 del 20 maggio 2016 consid. 4.1.; 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 LPGA (consider. 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 (consider. 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; consider. 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; consider. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 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 LPGA - 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 consider. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)") (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consider. 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).

2.7. 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). In una 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. 2.8. Con rapporto peritale del 10 giugno 2016, il dr. _____ ha valutato l’aspetto psichiatrico dell’assicurato, basandosi, a tal fine, su quattro colloqui peritali, una dettagliata anamnesi, un esame psicologico effettuato dalla psicologa _____, un breve colloquio telefonico con il medico curante dell’interessato, dr. _____ e sull’esame della documentazione medica presente nell’inserito (cfr. doc. XXII, pag. 1). Il perito psichiatra ha quindi proceduto alla sintesi e valutazione dei succitati dati e, dopo avere sottolineato che il caso di specie è “complesso e grave”, ha motivatamente spiegato le ragioni per le quali, a suo avviso, non possono essere condivise le conclusioni alle quali era giunta la dr.ssa _____, autrice della perizia psichiatrica amministrativa posta alla base della decisione qui impugnata. Il dr. _____ ha evidenziato come la diagnosi di “sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado medio (ICD10-F33.1)”, posta dalla dr.ssa _____ nel referto peritale del 24 marzo 2014 come unica diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, “non può essere condivisa, perché non rende conto della complessità della situazione” (cfr. doc. XXII, pag. 45). Il perito giudiziario, pur condividendo la gravità (grado medio) da attribuire alla sindrome depressiva dell’interessato – concordando, su questo limitato aspetto, con il miglioramento constatato dalla dr.ssa _____ – ha, tuttavia, evidenziato come, contrariamente a quanto ritenuto dalla psichiatra del CPAS, la stessa non sia ricorrente – dato che ciò comporterebbe come conseguenza, per definizione, il fatto di essere curabile e di non incidere che temporaneamente sulla capacità lavorativa - bensì persistente, visto che l’assicurato, nonostante la buona volontà, è inabile al lavoro senza interruzioni fin dal 2002. Alla luce di questi elementi, quindi, a mente del dr. _____, “se di sindrome depressiva si vuol parlare (...) la formulazione adeguata è piuttosto quella di sindrome depressiva persistente”. Al di là di ciò, comunque, il dr. _____ ha evidenziato e sottolineato a più riprese come la sindrome depressiva non sia che una delle patologie che affliggono l’interessato e, soprattutto, come la stessa costituisca una “complicazione di un PTSD tutt’ora florido conseguente all’infortunio del 1995 e favorito da traumi precedenti, installato su tratti di personalità ossessivo compulsivi (al massimo un lieve disturbo di personalità “subclinico”)” (cfr. doc. XXII, pag. 46). Alla luce di queste considerazioni, il dr. _____ ha, quindi, considerato che l’assicurato è da ritenere “inabile al lavoro in misura molto rilevante per le seguenti patologie psichiche: - Il PTSD (che comporta sintomi emotivi – emersi chiaramente dal CAPS – e cognitivi, confermati anche dall’esame psicologico del dottor _____ del 2014); - Tratti di personalità scompensati. Di per sé, prima del 1995, essi non raggiungevano dignità morbosa, anche se probabilmente dopo la vertenza con la “_____” qualche segnale di scompenso c’era stato. Dopo il 1995, progressivamente, essi sono diventati un co-fattore importante (ma non modificabile) del quadro clinico attuale e si presentano oggi come un disturbo di personalità moderato, che si confonde, a livello sintomatico, con la sindrome da disadattamento F43.25; - la sindrome depressiva persistente (che interpreto come una complicità del PTSD e che è di importanza subordinata; concordo con la dr.ssa _____ che la sua gravità è media).”

(Doc. XXII, pag. 47) Chiamato ad esprimersi in merito alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato RI 1 totalmente inabile al lavoro nell'attività abituale e abile al lavoro nella misura del 25% nello svolgimento di attività adeguate, da intendersi "50% del tempo a 50% del rendimento" (doc. XXII, pag. 53-54). Da segnalare, infine, che il dr. _____ ha svolto l'incarico peritale tenendo conto della nuova giurisprudenza del TF in merito alle sindromi somatoformi (cfr. consid. 2.7.), 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) (cfr. doc. XXII, pagg. 49-54). Dalle stesse emerge, in particolare, quanto segue a proposito dei vari indicatori standard: " I. Danno alla salute (...)

E. 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. Ad 3) Il peritando ha dovuto interrompere l'attività per problemi di salute. Non risulta essere mai stato in disoccupazione, né aver presentato tendenze all'inattività o all'ozio; al contrario, i suoi certificati di lavoro lo presentano come un lavoratore serio, impegnato, diligente e zelante; le difficoltà economiche in cui egli si trova sono state conseguenza delle scadute condizioni di salute e – ultimamente – della riduzione della rendita AI (vissuta come ingiusta), misura che non condivido. Le difficoltà economiche non costituiscono un movente per la richiesta di rendita o aumento della stessa, anche se possono aver costituito la ragione (o una delle ragioni) del ricorso all'origine di questa perizia. Le competenze linguistiche non sembrano avere alcun ruolo nella situazione assicurativa del peritando, che si esprime correttamente in italiano; parimenti ininfluenti appaiono età (al momento dell'infortunio il peritando aveva solo 35 anni e "tutto da perdere" dalla cessazione dell'attività professionale), i livelli di istruzione (adeguato al lavoro esercitato) o fattori socio-culturali.

E. 4

Indicazioni particolareggiate sui problemi sociali che provocano direttamente conseguenze funzionali negative, come ad es. disoccupazione o altre situazioni difficili. Ad 4) Cfr. - nei limiti in cui è necessario – la risposta ad I 3, supra.

E. 5

I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso? Ad 5) Sì.

E. 6

In che misura? Ad 6) Completamente. 7. Affermazioni motivate sull'esigibilità delle misure di reinserimento. Ad 7) A ventuno anni dall'infortunio e a quattordici dalla cessazione del lavoro, con un quadro clinico grave e complesso come quello riscontrato, misure di reinserimento sono escluse; imporle sarebbe controproducente. 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. Ad 1) Non è stata osservata nessuna discrepanza degna di nota tra sintomi descritti e comportamento in corso di esame; al massimo, quest'ultimo appariva oggettivamente più grave di quanto avvertito dal peritando (si pensi alla lentezza

nell'esecuzione dei test). 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). Ad 2) Nulla da segnalare al riguardo. 3. Paragone dettagliato con il livello di attività precedente al danno alla salute. Ad 3) Risulta che, da soggetto praticamente iperattivo, dotato di grandi energie e molto motivato ad impiegarle nel lavoro e anche nell'attività sportiva, il peritando sia scivolato a un livello di efficienza e attività minimo, conseguenza del complesso e grave danno alla salute. A suo dire, la situazione sarebbe addirittura peggiorata negli ultimi mesi (conclusioni del CAPS). 4. Valutare in maniera esaustiva e critica se l'assicurato ricorre a opzioni terapeutiche e le trascura. Ad 4) Al proposito mi sono già espresso, in particolare ad A4 e IV2. 5. Valutazione se l'incapacità di aderire alla terapia sia dovuta a una malattia. Ad 5) Non vi è incapacità ad aderire alla terapia. Invece, purtroppo, non vi è (più) terapia possibile, se non un generico "sostegno" e la conclusione di vertenze giuridico-assicurative, oggi fonti di stress preminenti. VI. Capacità lavorativa 1. La capacità lavorativa nell'attività svolta finora (inclusa la sua evoluzione nel tempo). Ad 1) 0%. 2. Capacità lavorativa in un'attività adeguata. Ad 2) 25% (50% del tempo a 50% del rendimento)." (Doc. XXII, pag. 49-54) Nelle osservazioni del 5 luglio 2016 in merito alla perizia giudiziaria del dr. _____, l'Ufficio AI si è limitato a riprodurre per esteso la presa di posizione del 21 giugno 2016 del dr. _____ del SMR, del seguente tenore: " Corposa perizia giudiziaria, che si discosta in parte dalle conclusioni diagnostiche e funzionali dell'ultimo perito dr.ssa _____. La perizia giudiziaria contiene diversi dati oggettivi, tutti convergenti, che dimostrano in maniera convincente la persistenza di un PTSD tra le diagnosi invalidanti. Sono peraltro anche ben documentati i motivi personologici che ostacolano un miglioramento. Il perito giudiziario ammette che il quadro depressivo sia di media gravità, ma dimostra che l'analisi diagnostica e testistica presso il CPAS era incompleta. In sintesi, si debbono confermare le conclusioni della perizia giudiziaria e non vi sono osservazioni ulteriori da parte mia." (Doc. XXVI e XXVI/1) 2.9. Alla luce delle considerazioni, ben motivate, espresse in sede di perizia giudiziaria dal dr. _____ - condivise, pure, dal dr. _____ del SMR - il TCA non può che considerare carente l'analisi diagnostica e testistica di cui alla perizia psichiatrica effettuata dalla dr.ssa _____ del CPAS, posta dall'Ufficio AI a fondamento della decisione di ridurre ad una mezza rendita di invalidità, in via di revisione, la rendita intera della quale beneficiava RI 1. L'intervenuto presunto miglioramento, a partire dal mese di marzo 2014, dello stato di salute dell'interessato constatato dalla specialista del CPAS - a mente della quale l'assicurato non presenterebbe "la tipica sintomatologia post-traumatica da stress né in relazione all'infortunio del 1995, né per quanto concerne la reazione alla faccenda _____", ma unicamente una sindrome depressiva ricorrente, di grado medio, che lo renderebbe inabile al lavoro nella misura del 50% (cfr. doc. 121-5) - non può, infatti, come visto, essere condiviso da parte di questo Tribunale. Il TCA deve, al contrario, concludere che, come ben messo in rilievo dal dr. _____ in sede di perizia giudiziaria, non sia subentrato alcun tipo di miglioramento nello stato di salute psichico dell'assicurato, il quale, anzi, continua ad essere grave. Il dr. _____ ha, infatti, diffusamente e dettagliatamente esposto le ragioni per le quali i disturbi psichici che affliggono l'interessato non possano limitarsi ad essere inquadrati, come fatto dalla dr.ssa _____, nell'ambito di una sindrome depressiva, la quale non ne rappresenta che uno degli elementi, peraltro neppure fra i più rilevanti. Il perito giudiziario ha evidenziato come dominante appaia, invece, un PTSD (Post Traumatic Stress Disorder , n.d.r.), scatenato dall'infortunio

del 1995 - la cui gravità è stata “ingrandita dai traumi precedenti non irrilevanti (segnalati in anamnesi e nel CAPS)” vissuti da un soggetto che presenta tratti di personalità ossessivo-compulsivi - e che continua a rimanere tuttora “florido, cronico, con un corredo importante di sintomi tipici” (cfr. doc. XXII, pag. 46). A questa importante diagnosi di PTSD, installata su una personalità ossessiva-compulsiva, si aggiunge poi, secondo il perito giudiziario, come complicanza, anche una sindrome depressiva persistente. Il dr.

_____ ha ben spiegato come la complessità e la gravità del quadro psichiatrico dell’interessato sia proprio data dall’insieme delle diagnosi presentate, con la precisazione che la sindrome depressiva persistente rappresenta “la complicanza di un PTSD tutt’ora florido conseguente all’infortunio del 1995 e favorito da traumi precedenti, installato su tratti di personalità ossessivo-compulsivo (al massimo un lieve disturbo di personalità “subclinico”)” (doc. XXII, pag. 46). Il dr. _____ ha quindi concluso che, in ragione dell’importante e sempre presente, nonostante i ventuno anni trascorsi dall’infortunio, PTSD, oltretutto complicato dallo scompenso del disturbo di personalità e da una sindrome depressiva persistente, l’assicurato è da ritenere totalmente impossibilitato a riprendere l’attività di operaio d’industria chimica (cfr. doc. XXII pag. 47). Quanto alla possibilità di svolgere altre attività adeguate, il dr. _____ ha ritenuto che “le risorse fisiche e psichiche ancora disponibili siano scarse”, aggiungendo che “ipotizzando un ambiente di lavoro “ideale”, il peritando potrebbe ancora lavorare in misura del 25%, correndo però il rischio di nuovi, definitivi, scompensi in caso di nuovi infortuni o conflitti nell’ambiente di lavoro. Non va infatti dimenticato che, a causa dello “scompenso” del disturbo di personalità, egli è intollerante a frustrazioni e ingiustizie, ancorché “soggettive”” (doc. XXII, pag. 48). Questo Tribunale non ha ragioni per distanziarsi da questa accurata analisi condotta dal perito giudiziario e dalle sue conclusioni, peraltro pure condivise dal SMR. Pertanto, stante quanto sopra esposto, l’assicurato va considerato totalmente inabile al lavoro nella sua professione abituale di operaio d’industria chimica e abile al lavoro nella misura del 25% nello svolgimento di attività adatte, così come stabilito dal dr. _____. Ne consegue che, annullata la decisione contestata del 2 luglio 2014 - con la quale l’Ufficio AI, dopo avere rilevato che “visto che lei non avrebbe potuto meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua in attività alternative, si ritiene che alle inabilità lavorative (del 50%) succitate accertate nell’abituale professione corrisponda, dunque, un’incapacità lucrativa della medesima entità”, ha ridotto ad una mezza rendita di invalidità, in via di revisione, la rendita intera della quale beneficiava l’assicurato - RI 1, totalmente inabile al lavoro nella propria professione abituale, ha diritto a continuare a beneficiare ininterrottamente della rendita intera di invalidità riconosciutagli fin dal 1° giugno 2002.

2.10. V incente in causa, il ricorrente, rappresentato da un sindacato, ha diritto ad un’indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA). 2.11. Secondo l’art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 l’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 e la necessità di ordinare una perizia giudiziaria, le spese per complessivi fr. 1’000.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI.

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).

In una 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.

Il dr. _____ ha evidenziato come la diagnosi di ■sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di grado medio (ICD10-F33.1)■, posta dalla dr.ssa _____ nel referto peritale del 24 marzo 2014 come unica diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, ■non può essere condivisa, perché non rende conto della complessità della situazione■ (cfr. doc. XXII, pag. 45).

Il perito giudiziario, pur condividendo la gravità (grado medio) da attribuire alla sindrome depressiva dell'interessato ■ concordando, su questo limitato aspetto, con il miglioramento constatato dalla dr.ssa _____ ■ ha, tuttavia, evidenziato come, contrariamente a quanto ritenuto dalla psichiatra del CPAS, la stessa non sia ricorrente ■ dato che ciò comporterebbe come conseguenza, per definizione, il fatto di essere curabile e di non incidere che temporaneamente sulla capacità lavorativa - bensì persistente, visto che l'assicurato, nonostante la buona volontà, è inabile al lavoro senza interruzioni fin dal 2002. Alla luce di questi elementi, quindi, a mente del dr. _____, ■se di sindrome depressiva si vuol parlare () la formulazione adeguata è piuttosto quella di sindrome depressiva persistente■.

Al di là di ciò, comunque, il dr. _____ ha evidenziato e sottolineato a più riprese come la sindrome depressiva non sia che una delle patologie che affliggono l'interessato e, soprattutto, come la stessa costituisca una ■complicazione di un PTSD tutt'ora florido conseguente all'incidento del 1995 e favorito da traumi precedenti, installato su tratti di personalità ossessivo compulsivi (al massimo un lieve disturbo di personalità ■subclinico■)■ (cfr. doc. XXII, pag. 46).

Dalle stesse emerge, in particolare, quanto segue a proposito dei vari indicatori standard:

1. Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa.

Ad 1) Cfr. ad A 1 (mi limito alle diagnosi psichiatriche).

Ad 2) Mi limito alle diagnosi psichiatriche:

Tricotillomania (sospetta)

Sospetta polidipsia psicogenica.

Ad 3) Cfr. ad A 1.

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)?

Ad 1) In assenza di documentazione sufficiente, mi è impossibile esprimermi con sicurezza. Per quanto possibile dire, cfr. ad A 4.

2. Indicazioni esaustive sullo spirito di collaborazione dimostrato dall'assicurato dal grado di motivazione.

Ad 2) Cfr. risposta precedente. Non dispongo di indizi che depongano per una scarsa collaborazione da parte del peritando; al contrario, sia i suoi tratti caratteriali, sia i numerosi certificati medici, sia il fatto che sia stato ricoverato almeno a due riprese indicano una buona disponibilità alle cure.

3. Asserzioni motivate sulle opzioni terapeutiche rimanenti, indipendentemente dal grado di motivazione.

Ad 3) Cfr. quanto scritto in risposta ad A 4.

4. Affermazioni dettagliate sullo spirito di cooperazione dimostrato dall'assicurato durante i tentativi (autonomi) di reinserimento non andati a buon fine.

Ad 4) Non risultano tentativi di reinserimento, dopo quello iniziale e conclusosi nel 2002 (con esaurimento delle risorse del peritando, come previsto dal Prof. _____).

5. I problemi che ostacolano il reinserimento sono dovuti al quadro clinico stesso?

Ad 5) Sì.

6. In che misura?

Ad 6) Completamente.

7. Affermazioni motivate sull'esigibilità delle misure di reinserimento.

Ad 7) A ventuno anni dall'■infortunio e a quattordici dalla cessazione del lavoro, con un quadro clinico grave e complesso come quello riscontrato, misure di reinserimento sono escluse; imporle sarebbe controproducente.

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.

Ad 1) Non è stata osservata nessuna discrepanza degna di nota tra sintomi descritti e comportamento in corso di esame; al massimo, quest'■ultimo appariva oggettivamente più grave di quanto avvertito dal peritando (si pensi alla lentezza nell'■esecuzione dei test).

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).

Ad 2) Nulla da segnalare al riguardo.

3. Paragone dettagliato con il livello di attività precedente al danno alla salute.

Ad 3) Risulta che, da soggetto praticamente iperattivo, dotato di grandi energie e molto motivato ad impiegarle nel lavoro e anche nell'attività sportiva, il peritando sia scivolato a un livello di efficienza e attività minimo, conseguenza del complesso e grave danno alla salute. A suo dire, la situazione sarebbe addirittura peggiorata negli ultimi mesi (conclusioni del CAPS).

4. Valutare in maniera esaustiva e critica se l'assicurato ricorre a opzioni terapeutiche e le trascura.

Ad 4) Al proposito mi sono già espresso, in particolare ad A4 e IV2.

5. Valutazione se l'incapacità di aderire alla terapia sia dovuta a una malattia.

Ad 5) Non vi è incapacità ad aderire alla terapia. Invece, purtroppo, non vi è (più) terapia possibile, se non un generico sostegno e la conclusione di vertenze giuridico-assicurative, oggi fonti di stress preminenti.

VI. Capacità lavorativa

1. La capacità lavorativa nell'attività svolta finora (inclusa la sua evoluzione nel tempo).

Ad 1) 0%.

2. Capacità lavorativa in un'attività adeguata.

Ad 2) 25% (50% del tempo a 50% del rendimento).

(Doc. XXII, pag. 49-54)

Nelle osservazioni del 5 luglio 2016 in merito alla perizia giudiziaria del dr. _____, l'Ufficio AI si è limitato a riprodurre per esteso la presa di posizione del 21 giugno 2016 del dr. _____ del SMR, del seguente tenore:

"Corposa perizia giudiziaria, che si discosta in parte dalle conclusioni diagnostiche e funzionali dell'ultimo perito dr.ssa _____.

La perizia giudiziaria contiene diversi dati oggettivi, tutti convergenti, che dimostrano in maniera convincente la persistenza di un PTSD tra le diagnosi invalidanti.

Sono peraltro anche ben documentati i motivi personologici che ostacolano un miglioramento.

Il perito giudiziario ammette che il quadro depressivo sia di media gravità, ma dimostra che l'analisi diagnostica e testistica presso il CPAS era incompleta.

In sintesi, si debbono confermare le conclusioni della perizia giudiziaria e non vi sono osservazioni ulteriori da parte mia.

(Doc. XXVI e XXVI/1)

2.9. Alla luce delle considerazioni, ben motivate, espresse in sede di perizia giudiziaria dal dr. _____ - condivise, pure, dal dr. _____ del SMR - il TCA non può che considerare carente l'analisi diagnostica e testistica di cui alla perizia psichiatrica effettuata dalla dr.ssa _____ del CPAS, posta dall'Ufficio AI a fondamento della decisione di ridurre ad una mezza rendita di invalidità, in via di revisione, la rendita intera della quale beneficiava RI 1.

L'interessato presunto miglioramento, a partire dal mese di marzo 2014, dello stato di salute dell'interessato constatato dalla specialista del CPAS - a mente della quale l'assicurato non presenterebbe la tipica sintomatologia post-traumatica da stress né in relazione all'infortunio del 1995, né per quanto concerne la reazione alla faccenda _____, ma unicamente una sindrome depressiva ricorrente, di grado medio, che lo renderebbe inabile al lavoro nella misura del 50% (cfr. doc. 121-5) - non può, infatti, come visto, essere condiviso da parte di questo Tribunale.

Il TCA deve, al contrario, concludere che, come ben messo in rilievo dal dr. _____ in sede di perizia giudiziaria, non sia subentrato alcun tipo di miglioramento nello stato di salute psichico dell'assicurato, il quale, anzi, continua ad essere grave.

Il dr. _____ ha, infatti, diffusamente e dettagliatamente esposto le ragioni per le quali i disturbi psichici che affliggono l'interessato non possano limitarsi ad essere inquadrati, come fatto dalla dr.ssa _____, nell'ambito di una sindrome depressiva, la quale non ne rappresenta che uno degli elementi, peraltro neppure fra i più rilevanti.

Il perito giudiziario ha evidenziato come dominante appaia, invece, un PTSD (PostTraumaticStressDisorder, n.d.r.), scatenato dall'infortunio del 1995 - la cui gravità è stata ingrandita dai traumi precedenti non irrilevanti (segnalati in anamnesi e nel CAPS) vissuti da un soggetto che presenta tratti di personalità ossessivo-compulsivi - e che continua a rimanere tuttora florido, cronico, con un corredo importante di sintomi tipici (cfr. doc. XXII, pag. 46).

A questa importante diagnosi di PTSD, installata su una personalità ossessiva-compulsiva, si aggiunge poi, secondo il perito giudiziario, come complicanza, anche una sindrome depressiva persistente.

Il dr. _____ ha ben spiegato come la complessità e la gravità del quadro psichiatrico dell'interessato sia proprio data dall'insieme delle diagnosi presentate, con la precisazione che la sindrome depressiva persistente rappresenta la complicanza di un PTSD tuttora florido conseguente all'infortunio del 1995 e favorito da traumi precedenti, installato su tratti di personalità ossessivo-compulsivo (al massimo un lieve disturbo di personalità subclinico) (doc. XXII, pag. 46).

Il dr. _____ ha quindi concluso che, in ragione dell'importante e sempre presente, nonostante i ventuno anni trascorsi dall'infortunio, PTSD, oltretutto complicato dallo scompenso del disturbo di personalità e da una sindrome depressiva persistente, l'assicurato è da ritenere totalmente impossibilitato a riprendere l'attività di operaio d'industria chimica (cfr. doc. XXII pag. 47).

Quanto alla possibilità di svolgere altre attività adeguate, il dr. _____ ha ritenuto che le risorse fisiche e psichiche ancora disponibili siano scarse, aggiungendo che ipotizzando un ambiente di lavoro ideale, il peritendo potrebbe ancora lavorare in misura del 25%, correndo però il rischio di nuovi, definitivi, scompensi in caso di nuovi infortuni o conflitti nell'ambiente di lavoro. Non va infatti dimenticato che, a causa dello scompenso del disturbo di personalità, egli è intollerante a frustrazioni e ingiustizie, ancorché soggettive (doc. XXII, pag. 48).

Questo Tribunale non ha ragioni per distanziarsi da questa accurata analisi condotta dal perito giudiziario e dalle sue conclusioni, peraltro pure condivise dal SMR.

Pertanto, stante quanto sopra esposto, l'assicurato va considerato totalmente inabile al lavoro nella sua professione abituale di operaio d'industria chimica e abile al lavoro nella misura del 25% nello svolgimento di attività adatte, così come stabilito dal dr. _____.

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