

TI_GERICHTE 32.2014.134 vom 15. Juli 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-07-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.134

FR: TI_GERICHTE 32.2014.134 du 15 juillet 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.134 del 15 luglio 2014

Regeste

Soppressione di rendita dopo perizia pluridisciplinare. Il referto peritale psichiatrico è però lacunoso, laddove la valutazione è stata effettuata in 2 soli colloqui ravvicinati. La sindrome depressiva ricorrente necessita di un'osservazione più lunga. Rinvio atti a UAI x nuova perizia psichiatrica

Erwägungen

E. 3

. 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; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), al considerando 3b, l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)". 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). Nella sentenza del

E. 3.2

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...)

Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...)

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...).

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254)). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito

psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, 32.1999.124).

7. Questo Tribunale, alla luce delle osservazioni del ricorrente, per i motivi che seguono non può confermare la valutazione effettuata dal perito dr. med. _____ che ha concluso per una capacità lavorativa piena dal profilo psichiatrico. In effetti, come ha evidenziato il ricorrente, dalla lettura dell'anamnesi riassuntiva riportata dallo psichiatra non emergono dei particolari di vita dell'assicurato significativi per una valutazione completa di carattere psichico. A tale proposito, il TCA rileva che alcuni di questi fatti influenti per qualificare lo status psichico dell'interessato sono stati invece portati alla luce dai periti che l'hanno visitato. Per esempio, il dr. med. _____ del SAM, specialista FMH medicina interna generale, nella redazione del referto peritale ha evidenziato al capitolo dell'anamnesi personale e sociale che " A causa di alcuni furti rimane fino all'età di 18 anni presso l'istituto minorile a _____ ". Anche il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna e malattie reumatiche, ha rilevato che l'assicurato " È stato recluso per nove mesi nel 2005 a causa di diverse multe della circolazione non pagate. " (doc. 92-30). Nel suo memoriale ricorsuale l'assicurato riporta inoltre diversi altri episodi che hanno verosimilmente segnato la sua psiche, il suo modo di essere e quindi la sua capacità lavorativa. Al di là di queste considerazioni, il Tribunale rileva che lo stesso dottor _____ ha espresso dei dubbi sul reale stato di salute dell'assicurato. Da un canto, lo specialista ha osservato che l'apparente stato di benessere manifestato dall'assicurato potrebbe indicare che ha superato il momento critico che l'ha portato a chiedere aiuto ad uno psichiatra, facendo quindi rientrare l'episodio depressivo in una fase di remissione sintomatologica. D'altro canto, questa remissione potrebbe anche essere ricondotta ad un atteggiamento di copertura di un disagio non ammissibile legato alla povertà delle sue relazioni affettive e alla mancanza di vie chiare e percorribili sulle quali costruire il suo futuro. Malgrado queste incertezze, il perito ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (ICD10-F33.4) attualmente in fase di remissione sintomatologica e ha considerato l'assicurato completamente abile al lavoro. In merito alla sua patologia, il ricorrente osserva di essere in cura dal dr. med. _____ dal 2013 e di incontrare il suo psichiatra ogni 2 o 3 settimane. Per contro, il perito l'ha visto soltanto due volte e, soprattutto, in un lasso di tempo ravvicinato, ciò che, a dire dell'assicurato, visto il tipo di malattia, non gli ha permesso di valutare compiutamente il suo stato di salute. Infatti, l'insorgente rileva, a proposito della remissione sintomatologica, come sia necessaria un'asintomaticità di diversi mesi, che nell'ambito della perizia SAM non ha però potuto

essere verificata. Una caratteristica della sindrome depressiva ricorrente è proprio quella di variare nel tempo. La periodicità dei momenti di remissione relativa della patologia, seguiti dai momenti di media gravità della malattia, emergono in tutta la loro chiarezza alla lettura del rapporto peritale del 6 febbraio 2014, in cui un perito ha affermato di avere visitato un assicurato trasandato e di discrete condizioni generali, mentre un altro l'ha definito sufficientemente curato nella persona e nell'abbigliamento. La variazione nel tempo dell'incidenza della patologia sulla salute del ricorrente è perdurata anche durante il periodo in cui è stato visitato dagli specialisti del Servizio Accertamento Medico. Da quanto precede discende che l'Ufficio AI, per stabilire se nel preciso caso di specie vi sia stato un miglioramento duraturo dello stato di salute del ricorrente tale da modificare il suo diritto alla rendita, non avrebbe dovuto accontentarsi di due soli colloqui effettuati a due settimane di distanza l'uno dall'altro, ma avrebbe dovuto disporre un'osservazione di lunga durata al fine di poter esprimere una valutazione corretta e completa (STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015). La stessa dr.ssa _____ del Servizio Medico Regionale, interpellata in proposito dall'amministrazione a seguito del ricorso in oggetto, viste le considerazioni del dr. med. _____ e la diagnosi posta di sindrome depressiva ricorrente attualmente in fase di remissione, stante un quadro depressivo di media gravità in essere dall'11 febbraio 2013 riscontrato dallo psichiatra curante, il 3 ottobre 2014 (doc. IVbis) ha ritenuto " indicato una valutazione di decorso che valuti se effettivamente il quadro clinico di remissione identificato dal perito SAM sia stato stabile, in presenza di una s depressiva ricorrente, anche con valutazione longitudinale protratta. ". In tale contesto va ricordato che il Tribunale federale ha già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (Pladoyer 3/09 pag. 74 e STF 9C_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales", in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Ciò trova conferma in alcune sentenze emanate da questo Tribunale (cfr. ad esempio STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015; STCA 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; STCA 32.2011.326 del 31 maggio 2012; STCA 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; cfr. anche la STCA 32.2010.308 del 19 maggio 2011) sulla base di quanto a sua volta stabilito dal Tribunale amministrativo federale il 5 dicembre 2008 (C-2693/2007). Il TAF, dopo aver rilevato che la patologia psichiatrica che affliggeva l'assicurato (in quel caso: sindrome depressiva di gravità medio grave) fosse caratterizzata da fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, ha ritenuto non sufficientemente probante la valutazione psichiatrica peritale eseguita da uno specialista in psichiatria, fondata su un unico colloquio anziché, come sarebbe stato più opportuno, estendersi su di un periodo di tempo più lungo, con colloqui approfonditi ed accompagnata dall'esecuzione di test indicativi e da un'attenta analisi delle dichiarazioni del paziente. I giudici federali hanno esposto le seguenti motivazioni: " (...) Alla luce dei precedenti rapporti e vista la principale caratteristica della patologia in esame che consiste in fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo, segnato da colloqui approfonditi ed accompagnata dall'esecuzione di test indicativi ed un'attenta analisi delle dichiarazioni del paziente. In altre parole, il parere del Dott. T., fondato su di un unico colloquio ed una scarsa motivazione, non può essere tenuto quale fondamento della soppressione della rendita AI. A titolo di confronto si può paragonare la perizia del Dott. T. con quella della Dott.ssa C., ove, specialmente nelle rubriche "disturbi lamentati dall'assicurato ed esame oggettivo" si spiega in maniera convincente tutta la problematica,

affinché l'amministrazione (ed eventualmente il giudice) possano esprimere il loro parere in modo convincente e senza esitazioni. Se, il giorno della visita specialistica, il perito non ha riscontrato nulla di patologico ed invalidante può essere anche imputabile alla circostanza che l'interessato fosse in un periodo di relativa quiescenza del male. Va qui segnalato, oltretutto, che egli assume dosi di antidepressivi massicce; questa posologia è verosimilmente stata cambiata in occasione del ricovero presso la Clinica di riabilitazione di N.. (...) Nel suo rapporto del 3 aprile 2007, lo psichiatra curante indica che il paziente riceve ben 80mg die di Citalopram e 0,75 mg die di Xanax, che la sindrome depressiva è solo in parziale remissione e che la decisione dell'AI penalizza in maniera grave il paziente nella sua volontà di riscatto. A questo proposito questo tribunale osserva che anche un esame sugli effetti secondari della terapia in un'ottica di capacità al lavoro sarebbe necessario, atteso che dosi così massicce di medicinali provocano, oltre al resto, uno stato di iporeattività generale. Nel suo rapporto del 14 agosto 2007, il Dott. X. riferisce un quadro nettamente patologico ed invalidante, nonostante le terapie in atto; l'esame oggettivo attesta una situazione psicologica grave e debilitante. Vero è che questo rapporto, come osservato dall'UAI cantonale e dal proprio medico di fiducia, esula dal periodo di cognizione giudiziaria, tuttavia il giudice delle assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data dell'impugnata decisione quando essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 99 V 102). In conclusione quindi, questo tribunale non può trarre idonei, conclusivi e convincenti pareri dalla perizia del Dott. T. nella misura in cui lo stato di salute del paziente ivi descritto e la conseguente valutazione della capacità di lavoro, sembra piuttosto riferita ad una fase di momentaneo benessere che non ad una situazione temporalmente più corrispondente alla realtà. (...)" (sottolineature della redattrice) Analogamente a quanto già stabilito dal TCA nelle succitate sentenze, in presenza di una patologia quale quella di cui è afflitto in concreto l'insorgente (sindrome depressiva ricorrente [ICD10; F33.4]) che, nel corso del tempo, può comportare variazioni nell'incidenza della patologia sulla capacità lavorativa dell'assicurato viste le affermazioni del medico curante nonché quanto affermato dalla dottoressa dell'SMR, è a giusta ragione che l'UAI non poteva basare la sua decisione al termine di una valutazione peritale fondata su due colloqui effettuati nell'arco di due settimane, ma avrebbe dovuto chiedere al perito di effettuare un numero maggiore di osservazioni su un lasso di tempo più lungo. In queste circostanze, questo Tribunale ritiene che il miglioramento dello stato di salute del ricorrente, il cui onere probatorio incombe all'amministrazione (STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013), non è stato documentato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali e che a questo proposito è necessario un approfondimento istruttorio. Stante quanto precede, visto anche quanto proposto dal medico stesso del Servizio Medico Regionale (doc. IVbis), il TCA ritiene che una nuova valutazione peritale psichiatrica si imponga. 8. Di norma, l'incarto può essere rinviato all'Ufficio AI (DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (" Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen "; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (" Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist

”; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto, in virtù delle carenze evidenziate, e meglio della necessità di effettuare una perizia psichiatrica che, come ha rilevato la dr.ssa med. _____ dell'SMR, " valuti se effettivamente il quadro clinico di remissione identificato dal perito SAM sia stato stabile, in presenza di una s depressiva ricorrente, anche con valutazione longitudinale protratta ", s'impone un rinvio degli atti all'UAI stesso che si pronuncerà nuovamente, senza cagionare un pregiudizio non altrimenti riparabile al ricorrente (DTF 139 V 99) che ha chiesto l'erezione di una perizia medica giudiziaria. 9. L'insorgente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Visto l'esito favorevole del ricorso l'assicurato, patrocinato dalla RA 1, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di ripetibili. In virtù della costante giurisprudenza federale, l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STF 8C_32/2012 del 14 maggio 2012; STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012; STF I 748/06 del 2 novembre 2007; STFA U 164/02 del 9 aprile 2003; STCA 33.2012.8 del 17 dicembre 2012; STCA 33.2010.13 del 10 gennaio 2011; STCA 32.2008.179 del 5 giugno 2009; STCA 32.2008.115 del 26 marzo 2009). 10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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. 500.-vanno poste a carico dell'Ufficio AI.

E. 4

luglio 2007 (I 384/06), il Tribunale federale ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4).”. 4. Nel caso di specie l'Ufficio AI, dopo aver richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e avere sottoposto l'interessato ad una perizia medica pluridisciplinare, con la decisione impugnata ha soppresso il diritto del ricorrente a una rendita d'invalidità. Il raffronto fra il reddito conseguito senza invalidità prima dell'insorgenza del danno (Fr. 63'832.-) e il reddito medio ottenibile per un'attività semplice e ripetitiva (Fr. 62'414.-), tenuto conto di una capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate - mentre nell'abituale attività era del 100% - e una riduzione personale del 20% (Fr. 39'945.-), ha dato luogo a una perdita di guadagno (grado d'invalidità) del 37%, con conseguente rifiuto della rendita AI. Nel ricorso l'assicurato ha affermato che la sua incapacità lavorativa per motivi psichici è del 50% dall'11 febbraio 2013, così come attestato il 22 aprile 2013 e ribadito il 6 maggio 2014 dallo psichiatra curante dr. med. _____. Quest'ultimo, ha rilevato l'insorgente, è concorde con la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente posta dal perito dr. med. _____, il quale, però, avrebbe raccolto l'analisi dell'assicurato in modo impreciso e sommario, ciò che avrebbe portato ad un quadro distorto delle sue reali condizioni di salute. Per questo motivo, il ricorrente ha chiesto al TCA di ordinare l'erezione di una perizia giudiziaria che valuti in maniera dettagliata e completa il suo stato di salute. 5. A fine anno 2013 l'Ufficio AI ha sottoposto l'assicurato a una perizia pluridisciplinare da parte del Servizio Accertamento Medico nei campi della reumatologia, della neurologia e della psichiatria e le conclusioni di questi specialisti sono state espone nella perizia pluridisciplinare del 6 febbraio 2014 (doc.

92). Questo referto espone l'anamnesi (familiare, personale, sociale, professionale, patologica e sistemica), le affezioni attuali, la descrizione della giornata e le constatazioni obiettive da parte del perito SAM (status, esami radiologici). Viene inoltre posta la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale cronica su: iniziale discopatia a livello L5-S1, insufficienza muscolare; esiti da infortunio subito il 6 luglio 2007 con conseguente frattura del femore e del piatto tibiale sinistro: stato dopo osteosintesi del femore con chiodo endomidollare il 6 luglio 2007, stato dopo artroscopia diagnostica del ginocchio il 2 maggio 2008; rimozione del materiale di osteosintesi e reinchiodamento del femore con alesaggio per pseudoartrosi il 22 ottobre 2008; stato dopo reintervento con amozione del chiodo endomidollare, decorticazione del femore ed osteosintesi tramite placca e viti il 23 settembre 2009. Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stata osservata una sindrome depressiva ricorrente attualmente in fase di remissione sintomatologica; ipertensione arteriosa in trattamento; tabagismo cronico; obesità (BMI 31 kg/mq). Esposte le valutazioni dei singoli esperti, nella valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa i periti del SAM l'hanno ritenuta dello 0% nell'attività da ultimo esercitata di autista con mansioni di carico e scarico di merci dal punto di vista fisico e psichico. Quanto alla capacità lavorativa residua, dal punto di vista neurologico e psichiatrico non sono state rilevate limitazioni. Dal profilo reumatologico è stata ritenuta un'abilità lavorativa di almeno l'80% per lo svolgimento di qualsiasi professione fisicamente medio-leggera stante determinate limitazioni dal 3 maggio 2011 (dal

E. 6

luglio 2007 era del 100%), del 50% dall'11 febbraio 2013 tenendo in considerazione il parere dello psichiatra curante e nuovamente un'abilità lavorativa dell'80% dal novembre 2013, ossia da quando il perito dr. med. _____ ha stabilito un miglioramento dello stato di salute psichico con un ritorno a una capacità lavorativa completa. Lo psichiatra ha ritenuto utile la prosecuzione della presa a carico psichiatrica affiancata dall'assunzione della terapia psicofarmacologica a base di antidepressivi stimolanti e ha previsto una prognosi favorevole. Per quanto attiene, più specificatamente, al referto psichiatrico, oggetto della contestazione del ricorrente, va qui evidenziato che il dr. med. _____ ha visitato l'assicurato il 20 novembre e il 4 dicembre 2013. Nella sua perizia del 9 gennaio 2014 (doc. 92-40) lo psichiatra e psicoterapeuta FMH ha riportato l'anamnesi riassuntiva, l'esito dell'esame psichico e le sue conclusioni, rispondendo infine alle domande sottoposte dall'Ufficio AI. In particolare, lo specialista ha indicato che in quel momento la sintomatologia depressiva appariva in netto regresso nell'ambito di una remissione della patologia depressiva ricorrente (ICD10-F33.4), perciò ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100%. L'esperto ha evidenziato che durante i due colloqui avuti con il peritato non sono emersi disturbi psichici di particolare rilevanza, osservando però che l'apparente stato di benessere manifestato avrebbe potuto indicare che l'interessato aveva superato il momento critico che lo aveva portato a chiedere un aiuto specialistico, facendo quindi rientrare l'episodio depressivo in una fase di remissione sintomatologica. Tuttavia, lo psichiatra ha pure rilevato che tale situazione avrebbe potuto essere anche ricondotta ad un atteggiamento di copertura di un disagio non ammissibile legato alla povertà delle sue relazioni affettive e alla mancanza di vie chiare e percorribili sulle quali costruire il suo futuro. La presenza di una costante autoironia e di una certa semplificazione dei problemi della vita quotidiana come se l'assicurato volesse intenzionalmente ridurre l'importanza avrebbe lasciato propendere per una ricerca delle modalità più adatte per ridurre una sofferenza interiore causata da legami affettivi insoddisfacenti vissuti sia durante la giovinezza sia nel corso

della sua vita adulta. Secondo il perito, probabilmente l'interessato andava incontro a delle crisi depressive ricorrenti che sono l'espressione clinica di un disagio profondo legato alle ferite emotive che in alcuni momenti sono sintomatiche, mentre in altri non lo sono. 6. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità.

Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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 (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione 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). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi a livello amministrativo e a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza: a livello amministrativo - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza 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 (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico

dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "

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