

TI_GERICHTE 32.2015.61 vom 5. März 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-03-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.61

FR: TI_GERICHTE 32.2015.61 du 5 mars 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.61 del 5 marzo 2015

Regeste

Confermato il diritto ad una rendita intera dal 1. aprile 2014 al 31 gennaio 2015. Possibile peggioramento psichico al più presto da febbraio 2015. Rinvio atti a Ufficio AI affinché tratti la documentazione medica psichiatrica prodotta in questa sede quale domanda di revisione

Erwägungen

E. 2

OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.4. Dopo una prima valutazione ad opera dei medici SMR dr. _____ e dr. _____ (cfr. le annotazioni del 30 ottobre 2013, del 25 febbraio 2014 e del 27 maggio 2014 sub doc. AI 28/1, 37/1 e 47/1-2), l'Ufficio AI ha ordinato una perizia reumatologica a cura del dr. _____ (cfr. doc. AI 48/1-3, 49/1-2 e 51/1). Nella perizia reumatologica del 30 ottobre 2014 (doc. AI 65/1-14) il dr. _____, FMH in reumatologia e medicina interna – descritti l'anamnesi, lo status e la documentazione medica e poste le seguenti diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: "(...) Sind. Lombovertebrale cronica senza neurologia su/con: - discopatia L3/4 e L4/5; - sind. faccettaria; - anomalia transizionale lombosacrale con tendenza alla sacralizzazione a sx; - termoablazione dei rami articolari mediali L3-L5 a sx 02/21014; - infiltrazione periradicolare L5 a sx 08/2014. (...)" (doc. AI 53/8) –, ha espresso la seguente valutazione e prognosi: "(...) A.5 VALUTAZIONE E PROGNOSE : L'assicurato riferisce di aver sofferto di dolori lombari da 4-5 anni prima dell'infortunio, che localizza nella regione lombolgluteale sx, i quali non hanno tuttavia mai compromesso la sua attività lavorativa. Dopo una caduta sulla schiena nel 2012 lamenta un brusco ed immediato peggioramento di dolori lombari con irradiazione all'arto inferiore sx. Le Rx eseguite dopo l'infortunio hanno permesso di escludere delle lesioni traumatiche alla colonna vertebrale. Ad una RMN della colonna lombare del 21.05.2012 è poi risultata una discopatia L3/4 con bulging discale ed iniziale faccettopatia, una iniziale discopatia L4/5 con segni di disidratazione ed iniziale bulging senza rilevanti compressioni, con note degenerative tipo Modic 2 sulle limitanti vertebrali, nonché un'anomalia della transizione lombosacrale con tendenza alla sacralizzazione a sx. Il disco L5/S1 è conseguentemente assottigliato, senza erniazioni. Visto l'insuccesso della terapia conservativa usuale è stato

indirizzato al Centro _____, dove i test infiltrativi effettuati evocavano una sofferenza delle faccette articolari posteriori. Dall'autunno 2012 fino all'aprile 2013 l'assicurato aveva poi ripreso l'attività lavorativa, con mansioni pesanti in cui riferisce che doveva ripetutamente sollevare pesi anche di 50-70 kg, ciò che secondo lui ha portato ad un bloccaggio lombare, per il quale ha dovuto di nuovo sospendere il suo lavoro, questa volta in via definitiva. L'assicurato è poi stato trattato in ambito stazionario presso la Clinica _____ di _____ (luglio 2013), con una termocoagulazione dei rami articolari mediali L3-L5 a sx (febbraio 2014) e con una infiltrazione periradicolare L5 a sx (agosto 2014) con risultati soggettivamente recepiti come scarsi se non nulli, ad ogni modo non duraturi. Nel suo ultimo rapporto del 2 ottobre u.s. Dr. _____ ritiene che un intervento di spondilodesi su 2 livelli, in ragione del contesto clinico e socio-economico del paz., non sia consigliare. Già nel febbraio u.s. aveva inoltre proposto un reinserimento professionale del paz, in ragione anche della sua giovane età e dello scarso correlato clinico e radiologico. Attualmente l'assicurato riferisce che le algie presentano un moderato fondo costante, appaiono in posizione seduta dopo 1-2 e camminando dopo ½-1 ora e di essere limitato nel piegarsi. Non è per contro descritto un peggioramento al colpo di tosse o allo starnuto ma piuttosto una certa meteosensibilità ai cambiamenti climatici e al freddo. Inoltre le algie migliorano con la presa di farmaci. Dal lato clinico vi è un lieve abbassamento dell'emibacino dx di 1.0 cm ma non vi sono alterazioni significative della statica vertebrale. La regione lombosacrale sx è dolente alla palpazione. La muscolatura paravertebrale non è contratta. La mobilità lombare è leggermente ridotta in flessione anteriore e alla flessione laterale sx. Non sono inoltre stati messi in evidenza segni radicolari irritativi o deficitari, bensì unicamente una diffusa diminuzione della sensibilità al tatto di tutto l'arto inferiore sx, di natura dunque sicuramente non radicolare ma piuttosto funzionale. Oggettivamente è non di meno presente una discreta ipotrofia muscolare dell'arto inferiore sx (perimetri diminuiti di 2 cm alla coscia e di un cm al polpaccio, rispetto a dx). Come descritto sopra il reperto RMN evoca una discopatia L3/4 e L4/5 con iniziale faccettopatia L3/4 ed una anomalia transizionale lombosacrale. Il reperto è in effetti piuttosto modesto in rapporto alla clinica, come d'altra parte già affermato anche da Dr. _____. Non di meno, in una attività lavorativa pesante con carichi in posizioni non sempre ergonomiche, tale problematica lombare può effettivamente risultare limitante. Dal lato terapeutico le varie opzioni conservative e semi-invasive sono state sfruttate adeguatamente. Concordo inoltre pienamente con il parere del Dr. _____ di ritenere non indicato un intervento neurochirurgico-ortopedico maggiore di stabilizzazione. Durante l'esame non ho mai notato una tendenza aggravante da parte da parte dell'assicurato. (...)" (doc. AI 53/8-10) Quanto alle conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il perito ha concluso: " (...) B. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO B.1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati: Dal lato reumatologia la problematica lombare è dunque l'unica di valenza invalidante in questo assicurato. Nel quadro delle patologie segmentali L3/4 e L4/5 si può per tanto considerare come segue l'esigibilità al lavoro (mai = 0%; di rado = 1-5%, fino a ½ h; talvolta = 6-33%, da ½ a 3 h; sovente = 34-66%, da 3 a 5¼ h; molto sovente = 67-100%,-da 5½ a 8 h): Sollevare e portare pesi fino a 10 kg: sovente. Sollevare e portare pesi fino a 25 kg: talvolta. Sollevare e portare pesi >25 kg: non esigibile. Maneggio di attrezzi leggeri e di precisione: normale. Maneggio di attrezzi medi: sovente. Maneggio di attrezzi pesanti: di rado. Lavori sopra l'altezza del capo: normale. Posizione seduta e seduta chinata: sovente, con possibilità di cambiare posizione ogni 1-2 ore. Posizione eretta: sovente, con possibilità di cambiare posizione ogni 1-2 ore. Posizione

eretta chinata: talvolta. Rotazioni del tronco: talvolta. Posizione accovacciata: sovente. Flessione delle ginocchia: normale. Camminare fino a 50 m: normale. Camminare oltre i 50 m: normale. Camminare su lunghi tragitti (>30-60 min): talvolta. Camminare su terreni dissestati: sovente. Salire o scendere le scale: normale. Salire su scale a pioli: talvolta. Equilibrio, bilanciamento: non limitato. B.2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale: Sulla base di tutto quanto precede è da ritenere che l'assicurato non sia in grado di svolgere lavori particolarmente pesanti nel contesto dell'edilizia. L'inabilità lavorativa completa a partire dal 04.04.2013 appare per tanto giustificata e probabilmente definitiva nelle professioni precedentemente esercitate sui cantieri di costruzione. C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE: C.1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Sono in corso o previsti? Non sono in corso particolari provvedimenti d'integrazione. Dal lato reumatologico l'assicurato dovrebbe eseguire una regolare ginnastica posturale e di rinforzo/tonificazione della muscolatura paraspinale e degli addominali. Le altre opzioni terapeutiche sono altrimenti già state sfruttate. Non vi sono inoltre particolari controindicazioni ad eventuali misure di riconversione professionale, anche se va detto che le conoscenze linguistiche dell'assicurato sono carenti, nonostante si trovi in Ticino dal 2002. C.2 È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. C.3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Un'attività lavorativa adatta all'assicurato è dunque un'attività senza carichi eccessivamente pesanti e variata, nel rispetto dei limiti precedentemente stabiliti (B.1). In un'attività adatta così definita; dal lato reumatologico, l'assicurato presenta una normale capacità lavorativa, sia come orario di lavoro sia come rendimento, a partire dalla data di questa perizia. L'assicurato può inoltre svolgere normalmente tutte le attività domestiche richieste dalla vita quotidiana. (...)" (doc. AI 53/10-12). La valutazione del dr. _____ è stata confermata dal dr. _____ che, nel "Rapporto finale SMR" del 31 ottobre 2014 (doc. AI 54/1-4), ha concluso che dal 30 ottobre 2014 (data della perizia del dr. _____) vale un'incapacità lavorativa dello 0% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti mentre che per l'attività abituale l'incapacità lavorativa è definitiva e del 100%. 2.5. Per costante giurisprudenza (STF 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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, 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). 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; DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2014, pag. 550-551). 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). Va poi 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).

2.6. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale, per i motivi di seguito esposti, non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto l'Ufficio AI.

2.6.1. Patologia somatica Alla perizia del dr. _____, il quale ha compiutamente valutato (sulla base di tutti gli atti medici all'incarto) le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, va riconosciuta piena forza probatoria. Questo Tribunale deve pertanto fare propria la conclusione a cui è giunto il perito secondo la quale l'insorgente, dal 30 ottobre 2014, è abile al lavoro nella misura del 100% in un'attività adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali poste. La dettagliata ed approfondita valutazione del dr. _____ non è stata del resto smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie ed è stata confermata dal medico SMR dr. _____ sia nel rapporto finale 31 ottobre 2014 che nelle annotazioni 16 marzo 2015 (doc. AI 54/1-4 e 74/1). In particolare non è possibile concludere diversamente avuto riguardo al rapporto 2 febbraio 2015 del dr. _____, FMH in reumatologia, (doc. A2) e al referto radiologico del 13 febbraio 2015 del dr. _____, primario del servizio di radiologia dell'Ospedale _____ di _____, (doc. A3). Infatti, il dr. _____ non si è confrontato minimamente con la perizia reumatologica del dr. _____, non ha posto diagnosi diverse e circa l'abilità lavorativa in un'attività adeguata ha concluso per un'abilità "(...) quantomeno in buona misura (almeno l'80%) (...)" (doc. A2). Trattandosi dunque di una diversa valutazione questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni a cui è giunto il perito dr. _____. Va qui rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr., tra le tante, STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.3 e 9C_949/2010 del 5 luglio 2011 tutte con

riferimenti). Al ricorrente va ugualmente ricordato 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 (cfr. STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4 e 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2 entrambe con riferimenti). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e I 514/06 del 25 maggio 2007 consid. 2.2.1 pubblicata in SVR 2008 IV Nr. 15 pag. 43). Quanto al referto radiologico del 13 febbraio 2015 il dr. _____ ha concluso che "(...) rispetto al 21.05.2012 quadro fondamentalmente invariato con leggera osteocondrosi L4-L5, L5-S1 con bulging diffuso senza veri e propri conflitti radicolari. (...)") (doc. A3). Il medico SMR dr. _____, nell'annotazione del 16 marzo 2015, ha poi rilevato che "(...) in merito alla valutazione reumatologica non concordiamo sulla IL del 20% espressa dal Collega _____ in quanto anche la RM del 13.02.2015 conferma uno stato clinico stabile ed invariato rispetto allo stesso esame del 21.05.2012. Dalla visione dei documenti presenti agli atti rimane valida la valutazione espressa nel RAF (IL 0% in attività adeguata). (...)") (doc. AI 74/1).

2.6.2. Patologia extra somatica Il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella relazione medica del 20 aprile 2015 indirizzata all'avv. RA 1 – posta la diagnosi di "(...) Sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva in evoluzione verso una sindrome depressiva persistente (...)") (doc. A4) –, ha espresso la seguente valutazione: "(...) Si tratta di un soggetto che mi hai inviato a causa di una sofferenza psicologica significativa reattivamente alla perdita della sua funzionalità somatica dovuta a delle problematiche lombari che determinerebbero una patologia dolorosa significativa, non oggettivabile nella sua entità sintomatologica, da un esame di immagine radiologica. Egli presenta una sofferenza significativa con un'iperattivazione emozionale visibile lungo il corso di tutto il colloquio, ove era facilmente teso, inquieto, agitato. Al colloquio era presente la moglie, che ha agito come interprete/traduttrice. In effetti il signor RI 1 presenta, pur essendo in Ticino da tredici anni, significative difficoltà nella comunicazione in lingua italiana. Considerata la problematica caratterizzata dalla presenza di un disturbo del rachide dorso-lombare, di una dolorabilità persistente (disturbo da dolore somatoforme?), di una scarsa integrazione culturale e della insorgenza di una psicopatologia depressiva, ho discusso con il signor RI 1 della possibilità che possa essere anche seguito direttamente nella sua lingua da una psicologa/psicoterapeuta di origine albanese che è attiva a _____. Egli si è detto d'accordo di effettuare una psicoterapia direttamente con la signora _____, psicologa e psicoterapeuta presso lo studio del Dr. _____, Psichiatra e Psicoterapeuta, suo marito, a _____. Ho già annunciato allo studio del Dr. _____ il signor RI 1. Dal punto di vista farmacologico egli è a beneficio di una farmacoterapia con Deroxat 20 mg una pastiglia al mattino che hai introdotto da circa due mesi. Al momento non ho modificato l'approccio farmacologico. (...)") (doc. A4).

Al riguardo il medico SMR dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nell'annotazione del 24 aprile 2015, si è così espresso: "(...) Caso esclusivamente reumatologico, in cui nozione di sintomatologia psichiatrica compare di transenna nell'osservazioni al progetto del 2 marzo 2015: si legge a pag. 2 che l'assicurato è stato inviato dal generalista Dr. _____ al reumatologo Dr. _____ il 2 febbraio 2015: quest'ultimo si esprime sulla patologia somatica di sua competenza e non fa menzione di segni o sintomi d'interesse psichiatrico. Cronologicamente subito dopo, il Dr.

_____ sembra notare un umore depresso e invia il suo paziente allo psichiatra Dr. _____ che visita l'assicurato una sola volta il 26 marzo 2015. Pertanto, nozione di una sintomatologia d'interesse psichiatrico sembra verosimile solo dopo il 2 febbraio 2015; l'entità di tale eventuale peggioramento psichico e la relativa conseguenza sullo stato valetudinario sono tuttavia incerti: Il Dr. _____ certifica una diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva in evoluzione verso una sindrome depressiva persistente ma non si esprime in termini di percentuale d'inabilità lavorativa. Lo psichiatra si è avvalso della moglie dell'assicurato come interprete, non ha avuto dunque un colloquio diretto con l'assicurato, ma attraverso il filtro di una persona non neutrale. Lo psichiatra descrive la medicazione prescritta dal generalista ma non prende posizione al riguardo rispettivamente invia subito l'assicurato a una psicologa d'origine albanese (non medico psichiatra) con la quale potrà esprimersi nella sua lingua. Solo al termine della relazione del Dr. _____ si legge della presa medicamentosa di Deroxat (paroxetina, antidepressivo) a dosaggio blando da circa 2 mesi, introdotto dal Dr. _____, fatto questo che conferma ulteriormente che l'osservazione di sintomi di probabile origine psichica da parte del curante di base risale verosimilmente a inizio febbraio 2015, non prima. In conclusione, perlomeno fino al 2 febbraio 2015 non vi è evidenza della presenza di segni o sintomi di patologia psichica con o senza influsso sulla capacità lavorativa in qualsiasi attività adatta ad eventuali limiti funzionali somatici. (...)” (IV/1). Dal canto suo il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto medico del 15 maggio 2015 – osservato che segue l’insorgente in collaborazione con la psicologa _____ dal 21 aprile 2015 e poste le diagnosi di “(...) - Episodio depressivo di grado medio F 32.1 (ICD 10) - Sindrome somatoforme da dolore persistente F 45.4 (ICD 10) (...)” (doc. B) –, ha espresso la seguente valutazione: “(...) Attualmente in considerazione del serio quadro psicopatologico ritengo il paziente inabile al lavoro al 100% nella sua professione. Il paziente presenta una marcata apatia, anedonia, ritiro sociale, disturbi del sonno, elementi riconducibili ad un disturbo post-traumatico da stress legato alla guerra in _____, dolori focalizzati alla colonna vertebrale ed agli arti inferiori. In considerazione del fatto che la componente psichica è in prevalenza reattiva alle sofferenze somatiche, l'inabilità lavorativa globale risulta a mio avviso completa anche per attività lavorative semplici. Dall'anamnesi del paziente risulta che l'affezione psichica è riconducibile all'incidente avuto sul posto di lavoro nel 2011 che ha accentuato i dolori alla schiena già presenti dal 2009. Globalmente concordo con le considerazioni del collega Dr. Med. _____ anche se ritengo che la situazione è peggiorata con una prognosi negativa. (...)” (doc. B). Al riguardo il medico SMR dr. _____, nell’annotazione del 22 maggio 2015, ha osservato: “(...) Ho preso nozione del breve certificato del Dr. _____ del 15.05.2015. Si tratta di un rapporto che certifica una diagnosi diversa rispetto a quanto indicato dal Dr. _____, episodio depressivo di grado medio contro sindrome da disadattamento con reazione mista ansiosodepressiva in evoluzione verso una sindrome depressiva persistente. E' anche indicata una breve descrizione di status in cui è anche evocato un disturbo post-traumatico da stress legato alla guerra in _____, quest'ultimo senza alcuna descrizione oggettiva. E' anche segnalata una dichiarazione soggettiva dell'assicurato che fa risalire l'affezione psichica all'incidente avvenuto sul posto di lavoro nel 2011. Tenuto conto che il Dr. _____ ha visto l'assicurato per la prima volta il 21 aprile u.s. e che nozione, o meglio un'intuizione di un eventuale disturbo psichico, sembra essere intravista dal generalista curante Dr. _____ solo in febbraio 2015, non vi è alcuna evidenza oggettiva di un disturbo psichico di qualsiasi tipo e gravità fino a febbraio 2015. Dopo attento riesame di

tutti gli atti medici presenti in dossier, non vi è da parte di nessuno dei medici intervenuti sul caso alcun accenno ad un eventuale disturbo psichico, con o senza influsso sulla capacità lavorativa fino al momento in cui il Dr. _____ invia il suo paziente dallo psichiatra Dr. _____ che visita l'assicurato per la prima e unica volta il 26 marzo 2015 e, a sua volta, lo invia al Dr. _____, il quale visita l'assicurato il 21 aprile 2015. In conclusione, confermo quanto già affermato il 24 aprile u.s., cioè che perlomeno fino al 2 febbraio 2015 non vi è prova della presenza di segni e/o sintomi di psicopatologia con o senza influsso sulla capacità lavorativa in qualsiasi attività compatibile con eventuali limiti funzionali somatici. (...)" (VIII/1). Con rapporto medico del 5 giugno 2015 il dr. _____ ha rilevato: "(...) In merito alla documentazione medica che ci è stata trasmessa riguardante le annotazioni medico psichiatriche del SMR datate 28.05.2015 contesto formalmente le considerazioni espresse dal Dr. med. _____. In primo luogo egli considera contraddittoria la diagnosi che abbiamo formulato di Episodio depressivo di grado medio (F 32.1 ICD 10) rispetto a quella formulata dal Dr. Med. _____ di Sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso depressiva in evoluzione verso una sindrome depressiva persistente. In realtà la sintomatologia ansioso depressiva si è cristallizzata nel tempo sfociando in uno stato depressivo di media gravità. La diversità di valutazione scaturisce dal fatto che le due diagnosi sono state poste in tempi differenti e l'evoluzione del quadro psicopatologico non è stata positiva. Inoltre Dr. _____ rileva che il medico di famiglia Dr. _____ non ha mai fatto cenno nei suoi rapporti della componente psichiatrica del disturbo del sig. RI 1. I medici generalisti non hanno una formazione specifica per potere diagnosticare e curare le patologie di stampo psichiatrico. Spesso nella mia pratica quotidiana incontro questo tipo di situazioni dove i medici di famiglia si focalizzano sulle problematiche somatiche rispettando in maniera ortodossa il proprio campo di competenze. Concludo sottolineando l'importanza per questa situazione specifica che il paziente è accolto e seguito nella propria lingua madre (albanese) ciò che ci permette di avere una valutazione psicodiagnostica più dettagliata ed approfondita. Una eventuale prossima rivalutazione clinica dovrà a mio avviso avvalersi della presenza di un interprete italiano-albanese. Per quanto sopraesposto rigetto le conclusioni del SMR ribadendo che attualmente il paziente resta inabile al lavoro al 100 % per ragioni psichiche. (...)" (doc. C). Al riguardo il dr. _____, nell'annotazione del 12 giugno 2015, ha concluso che il rapporto del 5 giugno 2015 del dr. _____ "(...) non contiene nuove informazioni di carattere medico-psichiatrico rispettivamente modificazioni significative di quanto già noto. Rimangono pertanto valedoli le mie precedenti prese di posizione. (...)" (XII/1). Il dr. _____, FMH in medicina interna, nel complemento di informazione del 21 giugno 2015 (doc. D), ha preso posizione in merito alla conclusione del dr. _____ secondo la quale "(...) fino al 2 febbraio 2015 non vi è prova della presenza di segni e/o sintomi di psicopatologia con o senza influsso sulla capacità lavorativa in qualsiasi attività compatibile con eventuali limiti funzionali somatici. (...)" (VIII/1). Il dr. _____, nel succitato complemento del 21 giugno 2016 – osservato che da lungo tempo segue l'insorgente per una problematica lombosacrale che non ha risposto alle misure mediche applicate, che la richiesta di prestazioni AI ed il ricorso all'assistenza dell'assicurato sono riconducibili alla perdita del posto di lavoro ed all'impossibilità di trovarne uno nuovo a causa dei problemi di salute, che da questa situazione si è sviluppato uno stato depressivo reattivo che ha reso necessaria la segnalazione allo specialista dr. _____, che la comunicazione non è mai stata adeguata a causa delle difficoltà linguistiche (parla pochissimo l'italiano) del paziente e che anche lo specialista dr.

_____ ha proposto la continuazione della cura presso uno psichiatra che parla la lingua dell'interessato – , ha concluso che “(...) grazie a questo aiuto mi sono potuto rendere conto, solo retrospettivamente, di quanto mi era perfettamente sfuggito in precedenza: Il paziente é vittima di una sindrome da stress post traumatico che ha sempre mantenuta "segreta" dentro di se. Ha partecipato attivamente alla guerra dei _____ (fatto a me finora sconosciuto) contro l'esercito serbo, vivendo esperienze altamente drammatiche e violente, che non ha mai voluto né potuto condividere con altri, nemmeno con i famigliari piu' stretti. Scopro parlando con la moglie, che per lungo tempo é stato vittima di incubi di morte, che lo portavano a risvegliarsi urlando. Questo paziente ha quindi, fin dalla sua venuta in Svizzera, portato dentro di sé le stimmate di questo quadro psichiatrico, gestito con le sue scarse risorse psichiche, e che alla fine, si é innestato sulla sintomatologia dolorosa degenerativa dorsolombare, facendo precipitare il quadro in una situazione apparentemenfe senza vie d'uscita. Ritengo quindi che tutta la presa di posizione Al debba essere ridiscussa integralmente alla luce di queste importanti informazioni. (...)” (doc. D). Al riguardo il dr. _____, nell’annotazione del 2 luglio 2015, si è così espresso: “(...) Prendo nozione di certificato del generalista Dr. _____ con data 21.06.2015, il quale introduce la diagnosi di sindrome da stress post-traumatico, che sarebbe insorta prima dell'arrivo in Svizzera dell'assicurato. Non è fornita alcuna indicazione oggettiva se non che la moglie dell'assicurato avrebbe adesso, giugno 2015, riferito al Dr. _____ che il marito avrebbe avuto in passato incubi notturni che lo portavano a risvegliarsi urlando. Tale diagnosi non è mai stata posta da nessun specialista psichiatra né dal Dr. _____ né dal Dr. _____: ricordo che quest'ultimo specialista ha potuto visitare l'assicurato nella sua lingua madre e non fa menzione nella sua documentazione ad alcun segno o sintomo anche solo eventualmente attribuibile a sindrome da stress post-traumatico. In conclusione, il certificato del Dr. _____ non modifica le mie precedenti prese di posizione. (...)” (XVI/bis). Viste le suesposte risultanze questo Tribunale osserva che, prima delle succitate valutazioni mediche degli specialisti dr. _____ del 20 aprile 2015 e dr. _____ del 15 maggio e del 5 giugno 2015, dalla documentazione agli atti non risulta alcuna presa a carico psichiatrica e nemmeno l’attestazione di un danno alla salute di questa natura. Dallo scritto del 2 marzo 2015 dell’avv. RA 1 (doc. AI 71/1-3) si evince inoltre che è dopo la valutazione del dr. _____ del 2 febbraio 2015 che il dr. _____ “(...) visto l’umore depresso [...] ha ritenuto necessario un consulto psichiatrico (...)” (doc. AI 71/2). In questo senso – ribadito che l’invio ad uno specialista in psichiatria risale al mese di febbraio 2015 e che dagli atti non risulta alcuna cura di questa natura prima del mese di aprile 2015 e applicando il criterio della probabilità preponderante utilizzato abitualmente per l'apprezzamento delle prove nel settore delle assicurazioni sociali (STF 9C_316/2013 del 25 febbraio 2014 consid. 5.1; 8C_999/2010 del 15 marzo 2011 consid. 3.3; 8C_911/2010 del 10 marzo 2011 consid. 3.2; DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221; 129 V 177 consid. 3 pag. 181; 126 V 353 consid. 5b pag. 360; 125 V 193 consid. 2 pag. 195) – questo Tribunale deve ritenere che a ragione l’Ufficio AI ha ritenuto che un’eventuale danno alla salute di natura psichiatrica è insorto al più presto dal febbraio 2015. Quanto all’incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività attestata dal dr. _____ (cfr. doc. B e C), lo specialista ha precisato che l’inabilità lavorativa vale attualmente – “(...) rigetto le conclusioni del SMR ribadendo che attualmente il paziente rimane inabile al lavoro al 100% per ragioni psichiche (...)” (doc. C) – e non ha effettuato una valutazione retrospettiva. Va qui evidenziato che nel caso di una valutazione retrospettiva della capacità lavorativa di un assicurato, in assenza di più

attendibili elementi, va data particolare importanza alle certificazioni rese dal medico curante (su questo punto vedi Boltshauser, “Invaliditätsbemessung bis zur feststehenden Dauerinvalidität” in: Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, Band 45, St. Gallen 1999; cfr. ad esempio STCA 32.2012. 208 del 17 maggio 2013 e 32.2005.147 del 14 settembre 2006). In merito all’assunto del dr. _____ secondo il quale “(...) spesso nella mia pratica quotidiana incontro questo tipo di situazioni dove i medici di famiglia si focalizzano sulle problematiche somatiche rispettando in maniera ortodossa il proprio campo di competenze (...)” (doc. C), va rilevato quanto segue. Nella misura in cui, con il succitato assunto, il dr. _____ pretendesse che la mancata attestazione nel tempo di un danno alla salute di natura psichiatrica fosse riconducibile al fatto che “(...) i medici di famiglia (...)” – qui intesi come il medico curante – non si pronuncerebbero in merito in quanto ciò supererebbe le loro competenze, vale quanto segue. È prassi normale che se confrontato con una problematica che supera il suo campo di competenza, il medico curante presenta il proprio assistito ad uno specialista. Anche nel caso concreto è stato per l’appunto l’internista dr. _____ che ha annunciato l’assicurato allo specialista dr. _____. Inoltre, riguardo alla conclusione del dr. _____ secondo il quale “(...) il paziente è vittima di una sindrome da stress post traumatico che ha sempre mantenuto “segreta” dentro di sé (...)” – sulla diagnosi di disturbo post-traumatico da stress, al tempo di latenza dell’insorgenza del disturbo e alla differenza diagnostica con una modifica duratura della personalità illustrative sono le STF 9C_62/2015 del 20 novembre 2015, 8C_851/2014 e 8C_852/2014 del 14 aprile 2015 e 8C_538/2014 del 6 febbraio 2015 pubblicata in SVR 2015 IV Nr. 28 pag. 85) – va evidenziato che il dr. _____ non è uno specialista in psichiatria e che il dr. _____ (pur avendo la possibilità di sentire l’interessato nella sua lingua madre) non ha posto detta diagnosi. L’avv. RA 1 sostiene inoltre che “(...) la presa di posizione del dr. med. _____ è priva di qualsiasi valenza probatoria, ritenuto che in ambito psichiatrico il medico fiduciario dell’assicurazione sociale o il perito psichiatra non possono allestire valutazioni e rapporti senza aver visitato l’assicurato. Già per questa semplice ragione la valutazione del dr. med. _____ è inefficace. (...)” (X) Questo Tribunale rileva che in concreto il medico SMR dr. _____ non ha espresso una valutazione in senso stretto riguardo alle conseguenze delle diagnosi psichiatriche poste dagli specialisti dr. _____ e dr. _____. Il dr. _____, nelle succitate annotazioni del 24 aprile e del 22 maggio 2015, ha infatti, in particolare, evidenziato che si tratta di un “(...) caso esclusivamente reumatologico, in cui nozione di sintomatologia psichiatrica compare di transenna nell’osservazioni al progetto del 2 marzo 2015: si legge a pag. 2 che l’assicurato è stato inviato dal generalista Dr. _____ al reumatologo Dr. _____ il 2 febbraio 2015: quest’ultimo si esprime sulla patologia somatica di sua competenza e non fa menzione di segni o sintomi d’interesse psichiatrico. [...] Solo al termine della relazione del Dr. _____ si legge della presa medicamentosa di Deroxat (paroxetina, antidepressivo) a dosaggio blando da circa 2 mesi, introdotto dal Dr. _____, fatto questo che conferma ulteriormente che l’osservazione di sintomi di probabile origine psichica da parte del curante di base risale verosimilmente a inizio febbraio 2015, non prima. In conclusione, perlomeno fino al 2 febbraio 2015 non vi è evidenza della presenza di segni o sintomi di patologia psichica con o senza influsso sulla capacità lavorativa in qualsiasi attività adatta ad eventuali limiti funzionali somatici.” (...)” (IV/1) e osservato che “(...) dopo attento riesame di tutti gli atti medici presenti in dossier, non vi è da parte di nessuno dei medici intervenuti sul caso alcun accenno ad un eventuale disturbo psichico, con o senza influsso sulla capacità lavorativa fino al momento in cui il

Dr. _____ invia il suo paziente dallo psichiatra Dr. _____ che visita l'assicurato per la prima e unica volta il 26 marzo 2015 e, a sua volta, lo invia al Dr. _____, il quale visita l'assicurato il 21 aprile 2015. In conclusione, confermo quanto già affermato il 24 aprile u.s., cioè che perlomeno fino al 2 febbraio 2015 non vi è prova della presenza di segni e/o sintomi di psicopatologia con o senza influsso sulla capacità lavorativa in qualsiasi attività compatibile con eventuali limiti funzionali somatici. (...)” (VIII/1). Ora – ribadito che dagli atti (nonostante il dr. _____, FMH in reumatologia e medicina interna, già nel rapporto del 9 luglio 2012 indirizzato al dr. _____ (doc. AI 14/6-10) avesse rilevato che “(...) non mi risulta chiaro il motivo dell’aumentata stanchezza riferita dal paziente; mi riferiva che in merito era già stato sottoposto ad un esame del sangue, di cui non possiedo gli esiti; qualora questo sintomo rimanesse senza sostrato, bisognerà prendere in considerazione fattori extrasomatici che saranno determinanti per il buon reinserimento nel processo lavorativo. (...)” (doc. AI 14/9-10)) non risulta alcuna cura di natura psichiatrica prima del mese di febbraio 2015 e ricordata la particolare importanza che deve essere attribuita alle certificazioni rese dal medico curante nel caso di una valutazione retrospettiva della capacità lavorativa di un assicurato in assenza di più attendibili elementi – , tutto ben considerato, questo Tribunale ritiene di poter fare propria la conclusione a cui è giunta l’amministrazione secondo la quale un eventuale danno alla salute di natura psichiatrica (danno questo che, come si dirà, necessita di ulteriori accertamenti medici) è insorto al più presto nel febbraio 2015. Di conseguenza l’effetto di un tale danno sul grado d’invalidità potrà essere considerato solo nel mese di maggio 2015 (tre mesi dopo la sua insorgenza ex art. 88a cpv. 2 OAI), ovvero in un momento posteriore alla decisione impugnata che delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti). Ritenuto pertanto che, come si dirà al prossimo considerando, gli atti vanno trasmessi all’amministrazione affinché tratti la documentazione medico psichiatrica prodotta in questa sede alla stregua di una domanda di revisione della decisione qui impugnata, la succitata censura non merita ulteriore disamina (in argomento, circa la validità di un parere SMR solo sulla base degli atti e l’insorgere di una problematica psichiatrica posteriore alla decisione impugnata, vedi la STF 9C_310/2015 del 15 gennaio 2016). Vista la diagnosi posta dal dr. _____ di “(...) Sindrome somatoforme da dolore persistente F 45.4 (ICD 10) (...)” (doc. B), va segnalato inoltre che nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. lettera circolare AI n. 334 del

E. 7

luglio 2015 [disponibile unicamente nella versione tedesca e francese] e lettera circolare AI n. 339 dell’8 settembre 2015). 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. In concreto gli accertamenti psichiatrici che l’amministrazione metterà in atto dovranno tenere conto anche della nuova giurisprudenza.

2.6.3. In conclusione – appurato che da un punto di vista somatico (patologia reumatologica) la capacità lavorativa in un’attività adeguata è del 100% dal 30 ottobre 2014 (cfr. consid. 2.6.1) e ritenuto che un’eventuale inabilità al lavoro da un punto di vista extra somatico potrebbe essere sorta al più presto nel mese di febbraio 2015 (cfr. consid. 2.6.2) – la valutazione medica secondo la quale dal 4 aprile 2013 vi è un’incapacità al lavoro totale

in qualsiasi attività mentre che dal 29 ottobre 2014 la capacità lavorativa in un'attività adeguata è del 100% (cfr. il rapporto finale SMR del 31 ottobre 2014 sub doc. AI 54/1-4) va confermata e gli atti trasmessi all'Ufficio AI affinché tratti la documentazione medico psichiatrica prodotta in questa sede alla stregua di una domanda di revisione della decisione impugnata. Infatti, quando l'amministrazione ha emanato la propria decisione il 5 marzo 2015 – momento, lo si ripete, che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali – il termine di tre mesi (scaduto nel maggio 2015 stante l'eventuale inizio di un eventuale danno alla salute di natura psichiatrica al più presto con il mese di febbraio 2015) necessario per poter considerare un eventuale danno alla salute di questa natura ai sensi dell'art. 88a cpv. 2 OAI non era ancora trascorso, di modo che questo Tribunale non è legittimato a pronunciarsi, ritenuta anche la necessità di ulteriori accertamenti medici al riguardo, in merito alla problematica psichiatrica (in argomento vedi anche le STCA 32.2007.323 del 4 febbraio 2009 e 32.2008.68 del 27 aprile 2009).

2.7. Per quel che concerne la valutazione economica – ricordato che secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita e/o del miglioramento/peggioramento dello stato valetudinario (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1), per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2014 vista la rendita intera riconosciuta dal 1. aprile 2014 e il miglioramento dello stato di salute ravvisabile nella capacità lavorativa duratura del 100% in un'attività adeguata dal 30 ottobre dello stesso anno – va rilevato quanto segue. Nel 2014 il reddito da valido ammonta a fr. 57'330.-- (salario mensile di fr. 4'410.-- moltiplicato per 13 mensilità; cfr. doc. AI 58/1). Nello stesso anno il reddito da invalido ammonta a fr. 66'158.40. Infatti, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA 1 – secondo la giurisprudenza federale sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA 1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04) –, l'assicurato, svolgendo nel 2012 un'attività semplice di tipo fisico o manuale nel settore privato, avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 5'210.--. Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in *La Vie économique*, 3/4-2015, pag. 88), dopo adeguamento all'indice dei salari nominali (+0,7% per il 2013 e +0,8% per il 2014) e moltiplicati per 12, si ottiene, per il 2014, un reddito annuo di fr. 66'158.40. Visti i suddetti redditi il grado d'invalidità è nullo. Anche volendo applicare le pretese riduzioni dell'8.78% per il gap salariale (in argomento cfr. la DTF 135 V 297) e del 10% per attività leggera, il grado d'invalidità non raggiungerebbe la soglia pensionabile del 40%. Infatti, in questa evenienza, il reddito da invalido si attesterebbe a fr. 54'314.72 (66'158.40 ridotto dell'8.78% e del 10%). Ritenuti un reddito da valido di fr. 57'330.-- e da invalido di fr. 54'314.72, si ottiene un grado d'invalidità del 5% ($(57'330 - 54'314.72) \times 100 : 57'330 = 5.25\%$ arrotondato al 5% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2).

2.8. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va confermata. Gli atti vanno trasmessi all'Ufficio AI affinché, una volta cresciuta in giudicato la presente sentenza, tratti la documentazione medico psichiatrica prodotta in questa sede alla stregua di una domanda di revisione della decisione del 5 marzo 2015.

2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese

di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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