

TI_GERICHTE 32.2016.58 vom 10. Mai 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-05-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.58

FR: TI_GERICHTE 32.2016.58 du 10 mai 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.58 del 10 maggio 2016

Erwägungen

E. 17

cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA.

La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b).

Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, p. 379).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137).

2.3. Va ancora rilevato che con sentenza 8C_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015, IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 del 4

settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6).

In una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2).

2.4. In concreto, nell'ambito della richiesta di prestazioni del dicembre 2011, il medico SMR, dr. med. _____, nel rapporto finale del 24 ottobre 2012, posta la diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale medio-grave F 33.1 e la diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di ipercolesterolemia, ha accertato una completa incapacità lavorativa dell'assicurato dal 28 agosto 2011 (pag. 149-150 incarto AI). Il 21 maggio 2013, preso atto del rapporto della curante, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del 18 aprile 2013, il medico SMR ha confermato la completa inabilità lavorativa dell'insorgente. L'UAI ha assegnato all'assicurato una rendita intera con effetto dal 1° agosto 2012 (pag. 179, incarto AI).

Nell'ambito della procedura di revisione della rendita intera, l'UAI ha sottoposto l'interessato ad una perizia psichiatrica ad opera del CPAS (pag. 240 incarto AI).

Il

E. 22

dicembre 2014 la perita, dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, dopo aver visitato l'insorgente tre volte nell'arco di 6 mesi e meglio l'8 luglio 2014 (80 minuti), il 5 novembre 2014 (40 minuti) ed il 17 dicembre 2014 (40 minuti), aver descritto gli atti, i dati clinici (anamnesi familiare, personale e sociale, lavorativa, psicopatologica; l'esame clinico secondo AMDP-System; gli approfondimenti testali; la descrizione della giornata; il trattamento psichiatrico attuale; le informazioni da terzi), ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di disturbo neurocognitivo senza specificazione (ICD 10 R 41.9), rilevando non essere giustificata la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente. Non emergono infatti scompensi depressivi antecedenti il 2011 e per quanto agli atti non vi è stata remissione di tale episodio fino alla nostra osservazione ed ha affermato:

"()

L'esame neuropsicologico richiesto mette in evidenza un profilo caratterizzato da lievi difficoltà delle funzioni esecutivo-frontali (rallentamento esecutivo, deficit strategici, difficoltà di controllo e inibizione). Qualitativamente si osserva un recupero lento delle informazioni ma le prestazioni ai test di memoria sono globalmente nella norma: la riduzione dell'efficienza mnestica segnalata dall'assicurato va messa in relazione con i deficit esecutivi precedentemente descritti. Tutte le altre funzioni sono adeguate: non vi

sono disturbi attentivi, né afasia, né aprassia o disordini percettivi.

Il profilo è pertanto assimilabile ad una compromissione neuropsicologica di grado lieve che può diminuire l'efficienza in attività che richiedano un impegno cognitivo elevato.

La presa a carico risulta adeguata e verosimilmente ha favorito la risoluzione dell'episodio depressivo. La Dr.ssa _____ nel colloquio telefonico avuto col perito ha motivato la complessa farmacoterapia antidepressiva (vedi paragrafo B 6). L'introduzione del litio pare avere avuto un ruolo significativo nella stabilizzazione clinica. È importante per il futuro mantenere questo medicamento se possibile semplificando il resto della terapia farmacologica, magari mantenendo un solo antidepressivo a dosaggio pieno associato allo stabilizzante dell'umore.

La prognosi è moderatamente favorevole: infatti non c'è substrato genetico psichiatrico, l'assicurato ha presentato un solo episodio depressivo e sussiste una buona compliance alla cura.

()

2. Conclusioni

L'assicurato prima di sviluppare la fase depressiva lavorava presso la _____ e lo studio medico della moglie, presso il quale si occupava della fatturazione.

L'osservazione peritale protratta per 6 mesi ha dimostrato il permanere di una remissione clinica della pregressa fase depressiva. L'assicurato da parte sua ricorda come l'inserimento in terapia del litio abbia portato alla stabilizzazione clinica che data dal dicembre 2013-gennaio 2014. La Dr.ssa _____ conferma il parere soggettivo dell'assicurato.

La valutazione neuropsicologica documenta un deficit lieve per compiti che richiedano un impegno cognitivo elevato. Questo aspetto risulta al momento l'unico invalidante dal punto di vista medico-teorico.

Sulla base di queste constatazioni si giudica che persista un'inabilità lavorativa pari al 30%, (rispetto a una giornata lavorativa piena e con diminuzione del rendimento) per le mansioni di fatturazione svolte per lo studio medico della moglie dell'assicurato. Queste infatti verosimilmente richiedono uno sforzo cognitivo più consistente e possono essere svolte utilizzando una maggiore quantità di tempo per fare pause o verificare il proprio operato e eventuali errori.

L'attività svolta da anni presso la _____ viene giudicata confacente: dovrebbe prevedere compiti pratici, che non richiedano pianificazione o sforzo cognitivo protratto. Mansioni simili sono del tutto sovrapponibili a quelle effettuate senza alcuna limitazione nella quotidianità. Per attività simili la capacità lavorativa risulta totale.

Sul piano clinico si può condividere la valutazione della curante rispetto all'indebolimento delle capacità di coping quando posto a confronto con situazioni di stress, residuo dallo scompenso depressivo e che potrebbe presentarsi a un'ipotetica ripresa lavorativa. A questo limite si potrebbe però ovviare a livello medico-teorico con un inserimento lavorativo graduale, inizialmente al 50% per raggiungere la percentuale definitiva nell'arco di 3-4 mesi circa.

Pertanto la considerazione della curante non giustifica la quantificazione di un'instabilità lavorativa a lungo termine.

()

Rispetto al passato con decisione AI del 28.06.2013 l'assicurato beneficia di una rendita totale dal 01.08.2012 per cui non si entra in merito al periodo precedente.

Il resoconto soggettivo e il dato oggettivo della curante riportano un miglioramento solo parziale in una fase intermedia e una stabilizzazione psichica più duratura a seguito dell'introduzione del litio.

Il rapporto medico della Dr.ssa _____ datato 15.05.2014 a fronte di un'inabilità totale descrive un quadro clinico nettamente migliorato.

Tenendo in considerazione questi elementi, appare congruo mantenere l'inabilità lavorativa totale fino al 14.05.2014 e definirla pari al 50% dal 15.05.2014 al 07.07.2014 (data della prima visita peritale). Dal 08.07.2014 a ora l'inabilità lavorativa è pari a quella da noi definita.

Sarebbero indicati interventi di reintegrazione professionale ma la possibilità di attuarli è limitata dall'età dell'assicurato. (pag. 256/257 incarto AI)

Dall'allegato esame neuropsicologico effettuato dal Dott. _____, neuropsicologo presso l'Ospedale _____ di _____, emerge:

■()

L'esame neuropsicologico mette in evidenza un profilo caratterizzato da lievi difficoltà delle funzioni esecutivo-frontali (rallentamento esecutivo, deficit strategici, difficoltà di controllo e inibizione). Qualitativamente si osserva un recupero lento delle informazioni ma le prestazioni ai test di memoria sono globalmente nella norma: la riduzione dell'efficienza mnemonica segnalata dall'assicurato va messa in relazione con i deficit esecutivi precedentemente descritti. Tutte le altre funzioni sono adeguate: non vi sono disturbi attentivi, né afasia, né aprassia o disordini percettivi.

Il profilo è pertanto assimilabile ad una compromissione neuropsicologica di grado lieve che può diminuire l'efficienza in attività che richiedono un impegno cognitivo elevato. (pag. 261 incarto AI)

Il

E. 24

settembre 2015 la curante, Dr.ssa med. _____, ha contestato il contenuto della perizia della dr.ssa med. _____, affermando:

■()

L'anamnesi dimostra l'insorgenza di sintomi depressivi presenti ormai da alcuni anni in una persona che per tutta la sua vita precedente la malattia ha sempre funzionato con alto rendimento in ogni ambito. Questo dato relativo al funzionamento globale, prima dell'insorgenza dei gravi disturbi che hanno portato all'incapacità lavorativa, può essere facilmente confermato da datori di lavoro, parenti e conoscenti.

()

La storia patologica dell'insorgenza della depressione maggiore che ha colpito il paziente inizia con disturbi del sonno e un malessere ingravescente con angoscia sempre più intensa che lo portava a chiedere aiuto quando si rendeva conto di non riuscire più a mantenere la performance in particolare sul lavoro. L'insonnia è un noto sintomo del quadro depressivo e in questo caso il primo segnale d'insorgenza della patologia di cui il paziente tuttora soffre e per la quale deve assumere una massiccia dose di farmaci per mantenere un equilibrio da considerarsi tuttora fragile.

In questo senso mi pare difficile che si possa sostenere l'esclusione della diagnosi di Depressione monopolare che è una malattia ritenuta (in assenza di fattori psicosociali rilevanti come in questo caso) di origine biologica e trattata di conseguenza.

Rispetto infine al disturbo neuropsicologico rilevato durante l'esame del Dr. _____, neuropsicologo, rilevo come disturbi a questo livello venissero già segnalati durante le degenze a _____, nonché da me osservati chiaramente in correlazione con le fasi di aggravamento depressivo. Il neuropsicologo si esprime in modo interlocutorio sull'origine del disturbo che si mantiene nonostante una raggiunta buona igiene del sonno anche descritte in perizia e che è dunque clinicamente interpretabile ed ascrivibile al problema depressivo e ai suoi correlati biologici con buona verosimiglianza. Ricordo che il paziente è stato sottoposto, su indicazione dei colleghi di _____, ad un consulto neurologico approfondito il 4 settembre 2012 presso il dr. med. _____ (visita, test di valutazione cognitiva, RMN e esami di laboratorio). La valutazione del neurologo ha confermato l'interpretazione psichiatrica dei problemi cognitivi del paziente.

Nessuna altra spiegazione plausibile viene dall'altra parte fornita dalla perita rispetto ai disturbi neurologici che sono ampiamente descritti e studiati nei soggetti portatori di depressione.

Per tutto quanto descritto sopra e per l'esordio della malattia, che con fasi alterne prosegue dal 2011, la diagnosi di depressione ricorrente non può che essere posta secondo ICD10.

La perita inoltre ritiene necessaria la continuazione della terapia psichiatrica e psicofarmacologica alto-dosata, da me prescritta, che di per sé non è necessaria per un solo disturbo cognitivo lieve non derivato da altra problematica.

Valutazione della capacità lavorativa

La perizia, di là della problematica specifica psichiatrica, non fa alcuna menzione della patologia di cardiopatia ischemica di cui il paziente è portatore dal 2004, con malattia dei piccoli vasi coronarici non dilatabili. Per questa malattia il paziente è in cura da anni presso il medico di famiglia e il cardiologo e deve seguire, oltre alla farmacoterapia antiaggregante e regolatrice del colesterolo, una vita regolata con esercizio fisico moderato evitando stress e sforzi bruschi ed eccessivi.

Non è necessario soffermarsi ulteriormente sulla nota correlazione fra cardiopatia ischemica e depressione.

Dal profilo strettamente psichiatrico la terapia impostata ha permesso la costruzione di una buona alleanza terapeutica con il coinvolgimento della moglie e della famiglia. Per la gravità della sintomatologia depressiva ho inserito in terapia il litio nonostante questo presenti aspetti problematici dal profilo cardio vascolare.

La grande sofferenza del paziente mi ha convinta a valutare i benefici maggiori dei rischi, continuando a mantenere uno stile di vita molto regolato e lontano dagli stress.

Con la terapia è stato possibile fin qui raggiungere un certo equilibrio con riduzione dell'oscillazione del tono dell'umore e dell'angoscia, che pure ci sono ma vengono contenute con rigorosa gestione dello sforzo e igiene di vita.

Alcuni aspetti citati in perizia appaiono eccessivamente ottimisti rispetto la realtà, tra i quali per esempio la vita sessuale (inesistente da anni, difficile argomento affrontato in terapia anche con la moglie), le amicizie e le frequentazioni (ridotte rispetto a quando descritto) e gli hobby: il paziente ha smesso da tempo di giocare a bocce, che era il suo passatempo preferito, e ogni giorno passeggia a lungo, attività che gradisce ma che è anche una prescrizione medica. Al termine della passeggiata quotidiana il paziente si reca presso la _____ di _____, che si trova vicino a casa sua (non si tratta dell'_____ di _____), per bere un caffè e occasionalmente giocare a carte.

Il registro di funzionamento globale risulta molto ridotto rispetto a quello antecedente la malattia. La perita stessa nel suo esame descrive un uomo che dal punto di vista cognitivo appare una persona semplice ma non evidenzia un ritardo mentale evidente.

Sebbene non sia dato sapere cosa si intende per persona semplice, questa frase è riconosciuta una situazione personologica di ridotte competenze che non corrisponde a quella prepatologica caratterizzata da capacità e funzionamento di medio-alto livello.

L'appiattimento cognitivo è in effetti manifestazione del problema depressivo tuttora in corso e implica una riduzione del funzionamento e delle competenze a una quotidianità caratterizzata dallo svolgimento delle piccole faccende e poco altro, così come descritto in perizia. L'appiattimento cognitivo rappresenta in effetti il segno della persistenza della malattia, essendo gli aspetti affettivi meglio controllati dalla farmacoterapia che su questi agisce.

Per questo la diagnosi di Depressione ricorrente ■ Episodio depressivo di grado medio (ICD 10: F33.1).

Dal profilo della capacità lavorativa permane secondo me un'incapacità lavorativa completa in entrambe le attività precedenti ■ inabilità a tuttoggi e continua.

Nel corso della primavera 2014 ho potuto discutere con la moglie di una partecipazione parziale e misurata nel suo studio medico, anche allo scopo di rinforzare l'autostima del paziente che per lungo tempo esprimeva sentimenti di colpa e inefficienza.

Questa attività, dal profilo medico teorico, potrebbe giustificare un aumento della capacità lavorativa al 30% in una mansione molto più ridotta dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo e in un ambiente favorevole come quello familiare (per esempio piccoli lavori di aiuto segretariato a tempo parziale).

Veri interventi di reintegrazione professionale in altro posto di lavoro sono controindicati per le caratteristiche della patologia, con ridotta possibilità di sopportare lo stress e notevole pericolo di ricaduta.

La prognosi è invariata a medio lungo termine. ■ (pag. 297-299 incarto AI)

Il 19 ottobre 2015 la perita ha risposto alle contestazioni della curante, affermando:

■()

La diagnosi pregressa: la Drssa _____ sottolinea il buon funzionamento dell'assicurato prima dello scoppio depressivo, considerazione che si avvalga appieno e che non si è mai posta in discussione nella perizia.

Nella nostra perizia non si è messa in discussione la diagnosi di depressione unipolare (che si condivide) ma quella di **sindrome depressiva ricorrente**, sempre posta dalla curante (rapporti medici del 12.10.2012, 18.04.2013 e 15.05.2014) e tuttora (certificato del 24.05.2015).

Secondo definizione ICD-10, per porre diagnosi di **sindrome depressiva ricorrente** deve **esserci stato in passato almeno un episodio depressivo di grado lieve, medio o grave che è durato almeno due settimane ed è stato separato dall'episodio attuale da un periodo di almeno due mesi senza nessun disturbo significativo dell'umore (primo criterio, G1).**

Quindi deve essersi verificato un episodio depressivo antecedente, del tutto andato in remissione.

Nel caso in esame, da quando è stato diagnosticato nel 2011 l'episodio depressivo non risulta essere mai andato in remissione totale (fino alla nostra perizia).

I rapporti medici della Drssa _____ stessa comprovano ciò; infatti in tutti, pur essendo descritte oscillazioni della sintomatologia, viene emessa la stessa diagnosi di **episodio depressivo medio-grave**.

Quello insorto nel 2011 risulta quindi essere il primo episodio depressivo, in un soggetto senza familiarità psichiatrica e con un progresso buon funzionamento come sottolinea la collega stessa.

I due ricoveri all'ospedale _____ di _____ (2011 e 2012) riportano la diagnosi di depressione ricorrente. Nella lettera di dimissione del secondo (15.05.2012) si indica che dopo una fase di relativo benessere vi è stata la riesacerbazione della sintomatologia depressiva, che ha portato alla degenza ospedaliera.

Nella lettera di dimissione si parla di **periodo di relativo benessere**. Nella fase intermedia fra il primo e il secondo ricovero l'allora curante Dr _____, il 23.01.2012, ribadisce la diagnosi emersa dalla prima degenza (episodio depressivo grave), compatibile con un'inabilità del 50%.

Non vi è quindi un dato certo sulla remissione totale del primo episodio depressivo, quelli disponibili depongono per il fatto che non vi sia stata.

Appare verosimile che da quando è insorto nel 2011 l'episodio depressivo abbia presentato oscillazioni nell'espressione sintomatica ma mai una remissione completa (prima della nostra perizia): questo è un criterio necessario per emettere la diagnosi di **sindrome depressiva ricorrente**.

Per questo nella perizia si è indicato un episodio depressivo, attualmente in remissione.

Le basi su cui è stata posta questa diagnosi risultano evidenti nella perizia, ma si ribadiscono nuovamente.

Tutti gli elementi della perizia convergono per la remissione del quadro depressivo: i dati soggettivi, quelli oggettivi, la compilazione di risorse e deficit secondo schema Mini-icf e infine il riscontro concreto ovvero la descrizione della quotidianità.

Rispetto a quest'ultimo aspetto, appare veramente poco sostenibile che una persona affetta da un episodio depressivo anche medio (la collega lo diagnosticava medio-grave) possa svolgere tutte le funzioni riferite dall'assicurato e che riportano di seguito: preparare la colazione per sé e la moglie, svegliare la figlia, assumere i farmaci, gestire le autonomie di base, uscire almeno tre volte la settimana in auto a bere il caffè con amici, a volte al centro commerciale, provvedere a una piccola spesa, spedire in posta gli esami di laboratorio dello studio medico della moglie, se torna la moglie prepararle il pranzo, dopo pranzo uscire a camminare 90 minuti e poi recarsi alla casa per anziani intrattenendosi diverso tempo, controllare i pagamenti dei pazienti dello studio medico della moglie, preparare la cena per la famiglia, dopo cena dedicarsi ai propri hobby (puzzle o parole crociate). Inoltre svolgere le faccende domestiche, l'assicurato dichiarava senza problemi.

Questa descrizione della giornata non è compatibile neppure con la presenza di un episodio depressivo lieve.

Si è mantenuta invariata per tutti e tre i colloqui: solo nel secondo l'assicurato indicava di riposare 20 minuti nel pomeriggio, sentendosi stanco; con questo breve riposo recuperava le energie.

Per quanto discusso emerge chiaramente che durante il periodo della nostra valutazione non vi era alcun disturbo dell'umore.

L'unica patologia ritenuta blandamente invalidante consisteva nel disturbo neurocognitivo evidenziato dal neuropsicologo.

Si convalidano anche le conclusioni funzionali; si sottolinea che si sono diversificate le inabilità lavorative a seconda delle diverse mansioni e che si è previsto un ipotetico reinserimento graduale.

Si sottolinea che, trovandosi di fronte a una patologia dell'umore, ovvero a carattere episodico, l'esame peritale è stato prolungato: si è composto infatti di 3 colloqui effettuati nell'arco di 6 mesi.

Inoltre, come indicato nella perizia, l'assicurato da parte sua ricorda come l'inserimento in terapia del litio abbia portato alla stabilizzazione clinica che data dal dicembre 2013-gennaio 2014.

La buona tenuta dell'assicurato si è quindi confermata in un lasso di tempo della durata di almeno un anno.

Non siamo quindi di fronte a una remissione dei sintomi di breve durata ma a una buona tenuta che si mantiene nel tempo e che quindi entra appieno in una valutazione di inabilità lavorativa per l'UAI.

()

3 terapia: coerentemente con la presenza di una patologia endogena dell'umore, questa va trattata anche sul piano farmacologico e lo è stata in modo adeguato.

La corretta presa a carico medicamentosa ha, come sovente avviene, portato alla remissione dei sintomi oggettivata in sede di esame peritale; in particolare sembra essere stato molto efficace l'inserimento del litio, avvenuto nel dicembre 2013-gennaio 2014 (da questo periodo l'assicurato riporta un consistente miglioramento).

Nella perizia si è posta indicazione a proseguire la presa a carico (essendosi presentata in passato una fase depressiva importante), con funzione di monitoraggio clinico. La remissione dell'episodio depressivo infatti non rappresenta un motivo per chiudere il seguito specialistico.

()

5 diagnosi attuale della Dr.ssa _____: la collega nello scritto del 24.09.2015 ribadisce la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (già discussa), con attuale episodio depressivo medio.

Descrive un funzionamento più basso nella quotidianità rispetto a quello riportato nella nostra perizia. Non possiamo esprimerci su questa valutazione, essendo successiva alla nostra perizia: certificato stilato il 24.09.2015, ovvero 9 mesi dopo la data dell'ultimo colloquio peritale (17.12.2014).

Si rimanda al Dr. _____ la decisione di istituire una perizia psichiatrica dal 17.12.2014 a ora. (pag. 306-308)

Nell'allegato referto del 20 ottobre 2015 del dott. _____, neuropsicologo, emerge:

()

L'esame neuropsicologico metteva in evidenza delle lievi difficoltà delle funzioni esecutive, in particolare un leggero rallentamento del ritmo di lavoro e una lieve difficoltà nel controllo e nel pensiero strategico. Tutte le restanti funzioni cognitive risultavano integre e non venivano oggettivate altre problematiche. Anche all'osservazione clinica mi trovavo confrontato con un uomo adeguato nel comportamento, curato nell'abbigliamento, che era giunto da solo e puntualmente alla visita con la propria automobile e che non mostrava chiari disturbi cognitivi. Le difficoltà emergevano ad alcuni test, restituendo un profilo compatibile con una compromissione neuropsicologica di grado lieve. Una compromissione di questa entità, di per sé, non può determinare un elevato grado di inabilità lavorativa.

Come previsto dai criteri SUVA del 2002, comunemente riconosciuti ed utilizzati per determinare l'impatto funzionale dei deficit neuropsicologici, la compromissione neuropsicologica di grado lieve rappresenta una discreta e isolata diminuzione del funzionamento cognitivo che emerge soltanto al momento di sollecitazioni importanti o dai test neuropsicologici (). Il paziente può soggettivamente riferire difficoltà ma il suo funzionamento nella vita quotidiana e per la maggior parte delle sue esigenze professionali è intatto. Alla somministrazione di test una leggera diminuzione delle performance può essere osservata. In quelle professioni che richiedono un elevato impegno cognitivo, il funzionamento può essere diminuito.

Questa descrizione caratterizza bene il profilo ottenuto dal signor RI 1 alla valutazione neuropsicologica dell'11.12.2014. Le sue prestazioni risultavano, come già accennato, solo lievemente diminuite e in modo selettivo per le funzioni esecutive. Memoria, attenzione, comprensione, linguaggio e capacità visuomotorie apparivano integre. In base ai risultati della mia valutazione non era possibile determinare la presenza di un'elevata o completa inabilità lavorativa per deficit cognitivi. Si può invece affermare che le difficoltà dell'assicurato possano ridurre parzialmente la sua efficienza in attività che richiedono un alto impegno cognitivo. Posso pertanto confermare, dal punto di vista strettamente neuropsicologico, una riduzione di capacità del 30% per il tempo maggiore che

l'assicurato dovrebbe impiegare per fare pause, per organizzare le attività e per controllare il corretto svolgimento delle stesse.

In merito all'etiologia delle difficoltà riscontrate posso affermare che il profilo non è sovrapponibile a quello ottenuto da pazienti con compromissioni cognitive associate a depressione clinicamente rilevante. In questi quadri clinici ritroviamo come predominanti i disturbi di memoria anterograda e di memoria di lavoro, i deficit dell'attenzione e il rallentamento psicomotorio. Questi disturbi, in presenza di una sintomatologia depressiva di un certo rilievo, risultano oggettivabili e quantificabili all'esame neuropsicologico, riflettendo la disfunzione cerebrale associata al disturbo dell'umore. Nel caso del signor RI 1, come detto, si possono oggettivare solo lievi difficoltà esecutive, pertanto un profilo non compatibile con un disturbo dell'umore di una certa entità. È difficile esprimersi con certezza sull'etiologia delle difficoltà esecutive dell'assicurato, che probabilmente sono di origine multifattoriale e vanno ricercate nelle condizioni cliniche generali dell'assicurato, nelle abitudini e negli stili di vita (es. fattori di rischio o patologie vascolari, abitudini o disturbi del sonno, ecc.). (pag. 309-310 dell'incarto AI)

Il 31 marzo 2016 la dr.ssa med. _____, su richiesta del medico SMR, dr. med. _____, ha redatto una perizia psichiatrica di decorso, dalla quale emerge:

■()

7. DIAGNOSI (ICD-10)

7.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro

Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio depressivo lieve (ICD 10 F 33.0)

Disturbo neurocognitivo senza specificazione (ICD 10 R 41.9)

8. DISCUSSIONE

Trattasi di secondo esame peritale, con richiesta di valutazione di decorso dal 12.2014 a ora.

()

Con certificato del 24.09.2015, la Drssa _____ indica la diagnosi di episodio depressivo medio.

L'assicurato da parte sua riferisce un periodo di disagio psichico, durato da settembre a inizio dicembre 2015. Da questa data lo stato timico è in parte migliorato e rimasto sovrapponibile a quello attuale.

La valutazione oggettiva della collega e il resoconto soggettivo dell'assicurato quindi collimano.

Anche la valutazione peritale attuale è coerente con quanto riferito da entrambi.

Infatti non si oggettiva una completa assenza di disturbi depressivi (come in occasione della prima perizia) ma un quadro clinico compatibile con un episodio depressivo lieve.

Secondo i criteri ICD-10, per emettere questa diagnosi devono essere presenti due o tre sintomi elencati in F32. Il paziente è di solito sofferente per i sintomi ma probabilmente è capace di continuare molte delle sue attività.

L'assicurato presenta un tono dell'umore lievemente deflesso, un'aumentata faticabilità con difficoltà a attivarsi e bisogno di riposare la mattina e un disturbo del sonno. Non si

oggettiva né viene riferito alcun altro sintomo di quelli elencati in F32.

La valutazione di decorso vede quindi un nuovo episodio depressivo, insorto nel settembre 2015 e mitigatosi da dicembre.

E■ quindi ora giustificata la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (almeno due episodi depressivi, intervallati da una fase di totale remissione dei sintomi).

Non si rileva una franca alterazione della personalità, giudizio supportato alla curante, la quale in base alla lunga conoscenza dell'■ assicurato non ha mai indicato la presenza di un disturbo personologico.

La presa a carico è adeguata. I colloqui hanno un'■ importante funzione di supporto e contenimento; non trovano indicazioni interventi psicologici di diverso tipo.

Forse la sospensione del litio ha contribuito all'■ instabilità timica. La collega riferisce che la decisione è stata presa per il riscontro di effetti collaterali. Da valutare i pro e i contro della reintroduzione del farmaco, cosa che la collega sta già facendo.

Forse il ripristino del farmaco potrebbe portare a una maggiore stabilizzazione timica.

Non si giudica però con criterio di verosimiglianza preponderante che porterebbe a un incremento della capacità lavorativa oltre la percentuale da noi definita.

Infatti la valutazione del grado d'■ inabilità per l'■ UAI (per definizione depressivo blando) ma anche sul decorso del disturbo affettivo da quando è insorto.

Ora infatti non siamo più di fronte a un unico episodio depressivo ma a un disturbo ricorrente.

Le considerazioni della curante sull'■ instabilità dell'■ assetto psichico e sulla fragilizzazione dell'■ assicurato risultano quindi abbastanza condivisibili.

Di questi elementi si è tenuto conto nella quantificazione del grado di inabilità lavorativa.

L'■ assicurato mostra una buona adesione alle cure.

Risulta attendibile. Non si ravvisa alcun tentativo di amplificare i sintomi a fini secondari.

Non vi è evidenza di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti.

L'■ assicurato riporta un risentimento verso l'■ UAI per la decisione di soppressione della rendita di invalidità (fattore estraneo a prestazioni assicurative). Questo aspetto non risulta però preminente all'■ interno del quadro clinico. L'■ invalidazione è determinata dal disturbo dell'■ umore.

()

2. Conclusioni

Tutti gli elementi dell'■ esame peritale sono coerenti: non emergono discrepanze fra resoconto soggettivo, esame psichico e riscontri concreti (vita quotidiana, ricreativa e sociale).

Si evidenzia un episodio depressivo lieve, che inficia in modo blando la quotidianità: la descrizione della giornata precedente () e attuale variano solo per la tendenza a volte a appisolarsi la mattina, causata verosimilmente dalla ricomparsa del disturbo del sonno e dalla conseguente fatica ad attivarsi.

Vita ricreativa e sociale vedono delle piccole variazioni, non significative ()

In conclusione l'episodio depressivo attuale non influisce in modo significativo in questi ambiti.

Differente è il discorso rispetto all'ambito professionale.

Ricordiamo che abbiamo valutato non solo la situazione attuale ma anche il decorso clinico, che vede ora la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente e una certa fragilizzazione dell'assicurato conseguente al disturbo stesso.

La presenza di un'invalidazione più significativa rispetto al passato appare anche dalla compilazione del bilancio risorse-deficit secondo schema mini-icf (vedasi il precedente, riportato per intero a pag 3 degli atti).

I limiti consistono nel disturbo del sonno con conseguente lieve calo della quota energetica e fatica a attivarsi la mattina. Di questi aspetti si è tenuto conto per la compilazione dei vari limiti. In più per diversi item si è differenziato il grado di deficit per lavori più semplici e altri più complessi sul piano cognitivo. Infatti l'assicurato oltre a lavorare per la _____ gestiva la fatturazione per lo studio medico della moglie (mansione quest'ultima che richiede un impegno cognitivo più importante).

Per altri item si è specificata la possibilità di mitigare i deficit con adattamenti del posto di lavoro.

Tenendo conto di tutti questi fattori, comunque il massimo livello di deficit è quantificato in lieve-medio.

Questa constatazione collima con l'osservazione clinica, che vede la presenza di deficit ma anche di risorse residue: l'assicurato mostra una buona spinta volitiva che esplica nello svolgimento di varie attività, non presenta un ritiro sociale ma ha varie frequentazioni, si dedica con piacere a vari hobby, mantiene una buona relazione con la propria e la famiglia di origine, sa sostenere adeguatamente i propri diritti e bisogni, cura se stesso e la casa.

Il giudizio funzionale tiene conto di tutti gli aspetti sopra argomentati e depone per la presenza di un'inabilità lavorativa del 50% per l'attività di fatturazione per lo studio della moglie e del 40% per quella svolta nelle _____.

In entrambi i casi la quantificazione è definita rispetto a una giornata lavorativa piena e con diminuzione del rendimento: fornire tempi maggiori e alcune pause per lo svolgimento dei medesimi compiti può ovviare al lieve calo di quota energetica e all'aumentata faticabilità dettati dal disturbo del sonno.

L'attività in _____ è ritenuta confacente in quanto richiede meno impegno cognitivo dell'altra. Altre attività confacenti devono comprendere mansioni pratiche, che non richiedano elevate capacità di pianificazione e gestione di imprevisti, se svolte a turni che non contemplino turni di notte, in un posto di lavoro fisicamente vicino al domicilio dell'assicurato. Per attività simili l'inabilità lavorativa è pari al 40%, con diminuzione del rendimento.

()

Rispetto al passato, si confermano le precedenti conclusioni peritali.

Il Dr _____ chiede una valutazione dal 12.2014 a ora.

In base a tutti gli elementi peritali si definisce il permanere di un' inabilità lavorativa del 30% per le attività di fatturazione, nulla per l'attività in _____ fino al 23.09.2015.

Dal 24.09.2015 (data del certificato in cui la curante attesta un episodio depressivo medio) inabilità lavorativa del 50% per ogni attività produttiva, fino al 30.11.2015.

Dal 01.12.2015 l'assicurato riporta il mitigarsi dello stato depressivo e un quadro clinico invariato fino a ora. Pertanto dal 01.12.2015 a ora inabilità lavorativa pari a quella da noi definita, ovvero del 50% per l'attività di fatturazione e del 40% per quella in _____ e per attività confacenti. (pag. 319-331 incarto AI)

Il 4 maggio 2016 la dr.ssa med. _____ ha preso posizione, affermando:

■()

in riferimento alla sua richiesta del 18 aprile 2016, ottenuto lo svincolo dal segreto professionale, posso riferire quanto segue, rifacendomi anche al mio precedente scritto del 24 settembre 2015 il cui contenuto nella sostanza mi sento di confermare, ivi compresa la mia valutazione dell'incapacità lavorativa a lungo termine.

Come anche ora ammesso nella recente valutazione peritale, il signor RI 1 è affetto da una Depressione ricorrente secondo ICD10. Si tratta di una patologia che, nel tempo presenta diversi gradi di intensità e dunque di compromissione del funzionamento personale a ogni livello.

Durante le fasi peggiori è stata evidenziata una compromissione del funzionamento cognitivo importante che regredisce durante le fasi di miglioramento.

L'esame neuropsicologico (cfr. precisazioni del dr. _____ del 20.10.2015) dimostra il permanere di una difficoltà oggettivabile che viene ascritta ad un'altra patologia (profilo non compatibile con un disturbo dell'umore di una certa entità) difficilmente definibile eziologicamente sebbene la patologia vascolare sia segnalata fra le possibili cause. Questa valutazione è dunque verosimilmente in relazione alla problematica cardiovascolare di cui il paziente è portatore.

Al momento del test neurocognitivo il paziente si trovava in una fase stabilizzata del decorso depressivo sotto terapia, fase seguita da un peggioramento clinico in parte riconosciuto in perizia, durante il quale peggioravano i sintomi e la performance a ogni livello, compreso quello cognitivo alla valutazione clinica.

Come descritto in perizia, la terapia con Litio ha dovuto essere interrotta per effetti collaterali (tremore e sudorazione) mentre permane consistente la terapia farmacologica antidepressiva.

Il rischio per la salute psichica e fisica rimane a mio parere molto alto e impone una regolazione puntuale dell'igiene di vita per mantenere un equilibrio sufficiente.

Il paziente non sarebbe in grado dal profilo medico-teorico di sostenere misure di reintegrazione professionale per un importante pericolo per la sua salute psicofisica. (pag. 339-340 incarto AI)

Il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 9 maggio 2016 ha rilevato che dal rapporto del 4 maggio 2016 non emergono nuovi elementi rispetto alla valutazione peritale psichiatrica del 31.03.2016 della dr.ssa _____ e che la stessa curante scrive che rifacendomi al mio precedente scritto del 24 settembre 2015 il cui

contenuto nella sostanza mi sento di confermare, ivi compresa la mia valutazione dell'incapacità lavorativa a lungo termine omissis (pag. 344 incarto AI).

Nelle more processuali il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha preso posizione sul ricorso, affermando:

■()

Dal lato medico-psichiatrico, in relazione all'attuale ricorso al TCA, rilevo quanto segue:

L'assicurato è stato esaminato una prima volta il 22.12.2014, successivamente il 29.02.2016, 02.03.2016, 03.03.2016 dalla stessa perita psichiatrica, Dr.ssa _____.

Si tratta di un'osservazione prolungata nel tempo come è opportuno eseguire in caso di depressione ricorrente.

Infatti, la stessa curante Dr.ssa _____ nel certificato del 04.05.2016 non contesta in sé il contenuto della perizia ma esprime un diverso apprezzamento dello stesso status psichico descritto dalla Dr.ssa _____ in relazione alla capacità lavorativa generica dell'assicurato.

Nei fatti, la Dr.ssa _____ non fa riferimento ad un eventuale peggioramento ma riferisce di fasi peggiori alternate a fasi migliori, come è verosimile in un caso di depressione ricorrente e com'è evidenziato dall'evoluzione esaustivamente descritta dalla perita psichiatrica.

In conclusione, il certificato della psichiatra curante non apporta elementi nuovi né descrive in modo oggettivo modificazioni significative di fatti noti.

Le precedenti prese di posizione SMR rimangono dunque valide. ■ (doc. V/1)

Il 14 luglio 2016 la dr.ssa med. _____ ha affermato:

■()

Come è noto è ormai ammesso anche nella seconda valutazione peritale della perita psichiatrica, il signor RI 1 soffre di una depressione ricorrente ormai da diversi anni che ha compromesso il suo funzionamento globale ad ogni livello.

Prima di ammalarsi tutta la storia personale dimostra un rendimento di alto livello in tutti gli aspetti della vita, compresa quella professionale.

Le interruzioni lavorative sono state dovute esclusivamente alla situazione di malattia.

La depressione ricorrente, come succede in questa patologia, ha avuto fasi migliori e peggiori corrispondenti ad un grado che va da lieve a grave secondo ICD 10.

Per le ragioni da me espresse nei rapporti precedenti non ritengo sostenibile la remissione dei sintomi rilevata nella prima perizia, poiché non corrisponde alla mia valutazione clinica con abbondante terapia farmacologica da un lato e al reale funzionamento del paziente dall'altro costantemente compromesso rispetto a quello della vita precedente alla malattia.

La perita psichiatra, nella sua seconda valutazione, ha visto il paziente tre volte nella stessa settimana, valutando un grado lieve della sintomatologia depressiva.

Questo corrisponde a quanto da me osservato durante quella stessa settimana.

In seguito si è verificato un ulteriore peggioramento dei sintomi corrispondente ad un grado medio della patologia, con la riduzione del funzionamento ad ogni livello.

La ricorrenza della patologia psichiatrica, per quanto attiene la capacità lavorativa, non permette, anche dal punto di vista teorico, il mantenimento nel tempo di un'attività lavorativa.

Accanto al problema psichiatrico, come già segnalato, esiste un problema somatico vascolare a livello cardiaco e probabilmente cerebrale (vedi valutazione Dr. _____), che complica ulteriormente il quadro clinico e che dovrebbe essere preso in considerazione anche nella valutazione della capacità lavorativa definendo il ruolo della concomitanza di fattori somatici e psichiatrici.

Una perizia interdisciplinare corredata da test psicologici, non solo limitati ai problemi cognitivi, è a mio parere a questo punto indicata.

Per quanto attiene il piccolo grado di capacità lavorativa da me segnalato nel rapporto del 24 settembre 2015 specifico che questo è esercitabile in modo discontinuo solamente presso lo studio della moglie in attività che non comprendono la fatturazione e la contabilità.

Questa situazione praticamente protetta e modulata sulla fase sintomatica non è immaginabile che sia praticabile presso un qualsiasi posto di lavoro.

Infine mi sento di sottolineare come già descritto nel rapporto del 4 maggio 2016 la situazione persistente di rischio per la salute psicofisica con necessità di costanti misure di igiene di vita.■ (doc. VII/1)

Il 20 luglio 2016 il dr. med. _____ ha affermato:

■()

Ho preso nozione del certificato della Dr.ssa _____ del 15.07.2015 che, dal lato psichiatrico, riporta le stesse considerazioni già espresse il 04.05.2016 ed oggetto di analisi da parte mia il 16.06.2016.

In merito all'eventuale patologia somatica noto l'ipotesi eziologica segnalata dal neuropsicologo Dott. _____, non medico, il quale così si esprime in via del tutto ipotetica in assenza di fatti medici evidentemente oggettivi o oggettivabili nel suo documento del 20.10.2015:

In merito all'eziologia delle difficoltà riscontrate posso affermare che il profilo non è sovrapponibile a quello ottenuto da pazienti con compromissioni cognitive associate a depressione clinicamente rilevante. In questi quadri clinici ritroviamo come predominanti i disturbi di memoria anterograda e di memoria di lavoro, i deficit dell'attenzione e il rallentamento psicomotorio. Questi disturbi, in presenza di una sintomatologia depressiva di un certo rilievo, risultano oggettivabili e quantificabili all'esame neuropsicologico, riflettendo la disfunzione cerebrale associata al disturbo dell'umore. Nel caso del signor RI 1, come detto, si possono oggettivare solo lievi difficoltà esecutive, pertanto un profilo non compatibile con un disturbo dell'umore di una certa entità. È difficile esprimersi con certezza sull'eziologia delle difficoltà esecutive dell'assicurato, che probabilmente sono di origine multifattoriale e vanno ricercate nelle condizioni cliniche generali dell'assicurato, nelle abitudini e negli stili di vita (es. fattori di rischio o patologie vascolari, abitudini o disturbi del sonno, ecc.).

In conclusione, non emergono fatti nuovi né modificazioni significative di fatti noti in grado di modificare le mie precedenti prese di posizione (doc. IX/1)

2.5. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti.

Il compito del medico consiste 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 (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; 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.

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 (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 e 122 V 160 consid. 1c).

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 (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi: cfr. DTF 136 V 376.

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

In una sentenza 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 (cfr. anche sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010).

Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465).

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 9C_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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 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, consid. 5.3).

2.6. Va ancora rammentato che, secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; cfr. sentenza 32.2016.23 del 15 marzo 2017).

Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste.

Circa la ripartizione dei compiti tra l'autorità incaricata di applicare il diritto e la persona incaricata di esaminare la situazione da un punto di vista medico nell'ambito della valutazione dell'incapacità al lavoro come condizione del diritto alla rendita d'invalidità vedi anche la DTF 140 V 193.

Va qui segnalata la STF 9C_55/2016 del 14 luglio 2016 nella quale il TF ha sviluppato la seguente considerazione: () Il est vrai que le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires)

médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2e phrase, LPG (ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197 et les références; voir également arrêts 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique. ()■ (STF 9C_55/2016 del 14 luglio 2016 consid. 4.2).

2.7. In concreto, attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può confermare l'operato dell'Ufficio AI, in quanto la problematica psichica non è stata sufficientemente chiarita e meglio non è stato dimostrato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che lo stato di salute del ricorrente è migliorato rispetto alla valutazione precedente (cfr. sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2).

In primo luogo questa Corte evidenzia che la perita, dopo aver in un primo tempo negato la presenza di una depressione (pag. 253 incarto AI, pag. 7 della perizia del 22 dicembre 2014: ■ [] diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro Disturbo neurocognitivo senza specificazione (ICD 10 R 41.9) [] ■), nell'ambito della seconda valutazione peritale ha modificato il proprio parere, ponendo la ■ Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro ■ di ■ sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio depressivo lieve (ICD 10 F 33.0) ■ e di ■ disturbo neurocognitivo senza specificazione (ICD 10 R 41.9) ■, come sostenuto sin dall'inizio dalla curante, dr.ssa med. _____ (cfr. pag. 135 incarto AI, referto del 15 ottobre 2012; pag. 139 incarto AI, referto del 30 agosto 2012; pag. 297-299 incarto AI) e come del resto concluso nell'ambito della prima richiesta di rendita, sfociata nell'attribuzione della prestazione dal 1° agosto 2012 con decisione del 28 giugno 2013, dal medico SMR, dr. med. _____, nel rapporto finale del 24 ottobre 2012, quando ha posto la diagnosi principale con influo sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale medio-grave F 33.1 e la diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di ipercolesterolemia (pag. 149-150 incarto AI).

Certo, la dr.ssa med. _____ dopo aver visitato l'insorgente in tre occasioni nell'ambito della prima perizia del 22 dicembre 2014 (8 luglio 2014, 5 novembre 2014 e 17 dicembre 2014) e per tre volte nell'arco di una settimana nel corso della valutazione di decorso del 31 marzo 2016 (29 febbraio 2016, 2 marzo 2016 e 3 marzo 2016), ha spiegato le ragioni per le quali, a suo parere, solo in occasione della seconda valutazione è stato possibile porre la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio depressivo lieve (ICD 10 F 33.0), che, secondo lei, non era presente al termine del primo esame peritale. La specialista ha evidenziato come ■ Secondo definizione ICD-10, per porre la diagnosi di ■ sindrome depressiva ricorrente ■ deve ■ esserci stato in passato almeno un episodio depressivo di grado lieve, medio o grave che è durato almeno due settimane ed è

stato separato dall'episodio attuale da un periodo di almeno due mesi senza nessun disturbo significativo dell'umore (primo criterio, G1). Quindi deve essersi verificato un episodio depressivo antecedente, del tutto andato in remissione (pag. 306 incarto AI). La perita rileva che nel caso in oggetto, da quando l'episodio depressivo è stato diagnosticato per la prima volta nel 2011, non risultava mai essere andato in remissione totale fino al momento della perizia del 22 dicembre 2014 e che l'episodio depressivo sorto nel 2011 sarebbe il primo, in un soggetto senza familiarità psichiatrica e con un pregresso buon funzionamento (cfr. anche referto dell'11 novembre 2011 dell'Ospedale _____ di _____: «non vengono menzionati precedenti psichiatrici» [pag. 69 incarto AI]). Dopo aver descritto il contenuto dei certificati medici dell'Ospedale _____ di _____ e del precedente curante in psichiatria, dr. med. _____, la perita ha evidenziato che non vi sarebbe un dato certo sulla remissione totale del primo episodio depressivo e che i certificati disponibili depongono semmai per il fatto che non vi sia stata alcuna remissione, prima della valutazione peritale, che per questo motivo fa stato di un episodio depressivo in remissione (pag. 254 incarto AI: «[] consente di documentare la remissione pressoché totale della fase depressiva: persistono solo un lieve stato di stanchezza e occasionali disturbi del sonno []»). La diagnosi di sindrome depressiva ricorrente ha invece potuto essere posta in occasione della seconda valutazione peritale, poiché, dopo la prima totale remissione, «la valutazione di decorso vede quindi un nuovo episodio depressivo, insorto nel settembre 2015 e mitigatosi da dicembre» (pag. 327 incarto AI). «E» quindi ora giustificata la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (almeno due episodi depressivi, intervallati da una fase di totale remissione dei sintomi) (pag. 328 incarto AI).

Questa Corte ritiene tuttavia che le spiegazioni fornite dalla perita non siano convincenti. Come rileva la curante, in caso di sindrome depressiva ricorrente, a periodi di relativa quiescenza, subentrano periodi in cui l'instabilità timica aumenta (cfr. presa di posizione del 4 maggio 2016, pag. 339 incarto AI) e la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente non è stata posta solo dall'attuale curante, dr.ssa med. _____, ma anche dal precedente specialista che ha avuto in cura l'interessata (dr. med. _____, cfr. pag. 64 incarto AI), oltre che dal medico SMR, dr. med. _____, nell'ambito della precedente procedura. Inoltre, ci si potrebbe chiedere se sulla base di quanto affermato dai medici dell'Ospedale _____ di _____ in data 15 maggio 2012 («[] Paziente noto al reparto, viene inviato nell'ambito di una esacerbazione depressiva. Dalla dimissione precedente, dopo qualche mese di relativo benessere, ha accusato un peggioramento del quadro clinico con umore deflesso, eccessiva stanchezza psicofisica, confusione, scarsa voglia di fare, inappetenza con perdita ponderale, irrequietezza motoria, preoccupazione nei confronti dei familiari legate a questioni di salute ed economiche. Dopo aver ripreso l'attività lavorativa, dapprima a tempo parziale e poi totale, dagli inizi di marzo si sarebbe rimesso in malattia»), il cui referto è stato valutato dalla perita (pag. 248 incarto AI), non si dovrebbe piuttosto concludere che in realtà, un periodo di quiescenza della patologia sia già sopraggiunto in passato e dunque la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente avrebbe dovuto già essere posta sin dal primo referto.

Inoltre il dott. _____, nell'ambito dell'allestimento della perizia psichiatrica, ha rilevato la presenza di difficoltà oggettivabili, che vengono ascritte ad un'altra patologia e non a quella psichiatrica.

Ora, l'UAI non ha sufficientemente indagato l'eziologia di queste difficoltà, che per il medesimo dott. _____ probabilmente sono di origine multifattoriale e vanno ricercate nelle condizioni cliniche generali dell'assicurato, nelle abitudini e negli stili di vita (es. fattori di rischio o patologie vascolari, abitudini o disturbi del sonno, ecc.) (pag. 310 incarto AI) e, soprattutto, non ha eseguito alcun accertamento medico relativamente alla patologia cardiaca ed alla sua possibile incidenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente.

A questo proposito agli atti è stato prodotto il referto del 15 maggio 2012 dell'Ospedale _____ di _____, relativo alla degenza dal 9 marzo 2012 al 17 aprile 2012, e nel corso della quale è stato eseguito un ECG il 12 marzo 2012 (Ritmo sinusale, FC 58/min, asse isoelettrico, nessun disturbo di ripolarizzazione) e dove nella diagnosi figurano anche le angine intercorrenti a novembre 2004: coronografia del 29.12.2004 CCT: assenza di lesioni focali significative, alterazioni diffuse al RIVP (small vessels disease) (pag. 141-142 incarto AI).

Anche nell'ambito della parallela procedura relativa all'assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia, il medico fiduciario, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, aveva rilevato, circa l'anamnesi patologica remota:

"()

Buona salute abituale, assume regolarmente da 5-6 anni dell'ASPIRINA CARDIO a titolo preventivo a causa di episodici spasmi coronarici durante sforzi fisici a temperature basse e del PRAVLOTIN a causa di una ipercolesterolemia. () (pag. 18 incarto assicurazione malattia)

La curante, dr.ssa med. _____, già il 24 settembre 2015, ossia prima dell'emissione della decisione impugnata, che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), aveva affermato che la perizia, al di là della problematica psichiatrica, non fa alcuna menzione della patologia di cardiopatia ischemica di cui il paziente è portatore dal 2004, con malattia dei piccoli vasi coronarici non dilatabili. Per questa malattia il paziente è in cura da anni presso il medico di famiglia e il cardiologo e deve eseguire, oltre alla farmacoterapia antiaggregante e regolatrice del colesterolo, una vita regolata con esercizio fisico moderato evitando stress e sforzi bruschi ed eccessivi (pag. 297 incarto AI).

Il 4 maggio 2016, aveva indicato che l'esame neuropsicologico (cfr. precisazioni del dr. _____ del 20.10.2015) dimostra il permanere di una difficoltà oggettivabile che viene ascritta ad un'altra patologia (profilo non compatibile con un disturbo dell'umore di una certa entità) difficilmente definibile eziologicamente sebbene la patologia vascolare sia segnalata fra le possibili cause. Questa valutazione è dunque verosimilmente in relazione alla problematica cardiovascolare di cui il paziente è portatore (pag. 339 incarto AI). Nel referto del 14 luglio 2016 la medesima dr.ssa ha affermato che accanto al problema psichiatrico, come già segnalato, esiste un problema somatico vascolare a livello cardiaco e probabilmente cerebrale (vedi valutazione Dr. _____), che complica ulteriormente il quadro clinico e che dovrebbe essere preso in considerazione anche nella valutazione della capacità lavorativa definendo il ruolo della concomitanza di fattori somatici e psichiatrici. Una perizia interdisciplinare corredata di test psicologici, non solo limitati ai problemi cognitivi, è a mio parere a questo punto indicata (doc. VII/1).

Questa Corte condivide le valutazioni della curante e ritiene che, oltre all'aspetto psichiatrico vada approfondita anche l'incidenza che potrebbe avere la patologia cardiaca ed eventualmente cerebrale sulla capacità lavorativa del ricorrente. Non va del resto dimenticato che nel caso di specie si tratta di una decisione di soppressione della rendita AI e che la presenza di una patologia cardiaca invalidante fa semmai supporre ad un peggioramento e non ad un miglioramento della capacità lavorativa dell'insorgente.

2.9. 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 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008).

In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr. 500.-- vanno messe a carico dell'UAI.

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