

## **TI\_GERICHTE 32.2017.133 vom 11. Juli 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-07-11, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.133](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.133)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.133 du 11 juillet 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.133 del 11 luglio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 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; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 30/31, pagg. 430-433). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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 (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). Va ancora rilevato che nella STF 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF ha stabilito che "(...) se 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). (...)” (regesto della DTF 141 V 9). 2.4. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.1), con STCA del 4 marzo 2016 (doc.

AI 93/258-281), questo Tribunale – “(...) ritenuto che un eventuale danno alla salute di natura psichiatrica [...] è insorto al più presto nel febbraio 2015. (...)” (doc. AI 93/276-277) – ha trasmesso gli atti all’Ufficio AI affinché trattasse la documentazione medico psichiatrica prodotta in quella sede quale domanda di revisione della decisione del 5 marzo 2015 confermata con la succitata STCA. L’amministrazione, vista la richiesta di perizia del 27 settembre 2016 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 110/327), ha ordinato una perizia psichiatrica a cura del \_\_\_\_\_ (doc. AI 111/328-329 e 112/330-332). Nella perizia del 25 novembre 2016 (doc. AI 113/333-345), i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, entrambi FMH in psichiatria e psicoterapia e direttrice rispettivamente capo clinica del \_\_\_\_\_ – premesso, tra l’altro, che “(...) il SMR ha quindi richiesto una valutazione psichiatrica che valuti l’evoluzione a livello del quadro psichico a partire dal febbraio 2015, data dalla quale è stata fatta risalire la presenza di una patologia psichiatrica con possibile influsso sulla CL. La valutazione effettuata si basa su due colloqui effettuati presso il \_\_\_\_\_, in data 3 novembre 2016 dalle ore 13.50 alle ore 15.40 e il 16 novembre 2016 dalle ore 13.50 alle ore 14.40. I colloqui sono stati condotti con la presenza di un interprete di lingua \_\_\_\_\_, la Sig.ra \_\_\_\_\_. (...)” (doc. AI 113/333), elencati gli atti considerati ai fini della valutazione psichiatrica, esposti i dati clinici: l’anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota, sociolavorativa, psicopatologica e i sintomi soggettivi); l’esame clinico secondo AMDP-System; la descrizione della giornata, attività e abitudini; il trattamento psichiatrico attuale e le informazioni da terzi – , hanno posto la seguente diagnosi con influsso sulla capacità di lavoro: “(...) Disturbo d’ansia generalizzato, ICD 10 F 41.1 (...)” (doc. AI 113/343). In sede di discussione e circa le conseguenze sulla capacità lavorativa i periti del \_\_\_\_\_ si sono così espressi: " (...) 7. DISCUSSIONE Si tratta di un assicurato di 40 anni, di origine \_\_\_\_\_, in possesso di un permesso C, coniugato e padre di 3 figli, ultima professione esercitata di manovale edile al 100%. A causa di una problematica reumatologica caratterizzata da una sindrome lombovertebrale cronica senza segni neurologici accompagnati da una discopatia lombare e una sindrome faccettaria, è stato dichiarato completamente inabile nella sua professione abituale a partire dall'aprile 2013 e ritenuto invece abile in misura completa in attività adeguata a partire dal 30.10.2014 dopo perizia reumatologica. Tale valutazione aveva portato l'AI alla decisione del 21.11.2014 [ndr. recte: 5 marzo 2015, del 21 novembre 2014 era il preavviso; cfr. doc. AI 63/169-172 e 73/192-194] di riconoscere un grado AI al 100% limitatamente dall'aprile 2014 a gennaio 2015. Verso tale decisione l'assicurato aveva inoltrato un ricorso al TCA che era stato però respinto. Durante il ricorso era stata fatta valere anche una problematica psichiatrica di una sindrome posttraumatica da stress e di una patologia di tipo depressivo per la quale aveva iniziato una presa a carico dal Dr. \_\_\_\_\_. Il TCA ha ritenuto che il danno di salute psichiatrico fosse posteriore alla decisione precedente dell'AI e che quindi questo dovesse essere rivalutato mediante nuovi accertamenti nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni AI. Pertanto l'assicurato in data 24.5.2016 ha inoltrato una seconda domanda di invalidità. Il SMR ha quindi richiesto una valutazione psichiatrica che valuti l’evoluzione a livello del quadro psichico a partire dal febbraio 2015, data dalla quale è stata fatta risalire la presenza di una patologia psichiatrica con possibile influsso sulla CL. La valutazione odierna, la raccolta anamnestica e il decorso longitudinale oltre che la valutazione della documentazione agli atti orientano verso la diagnosi di una sindrome ansiosa generalizzata presente da anni e che ha presentato nel suo decorso fasi di riacutizzazione in correlazione ad eventi stressanti. La perdita del lavoro e di conseguenza del suo ruolo di capofamiglia e della sua autonomia anche economica hanno rappresentato

dei fattori stressanti sui quali il disturbo ansioso si è riacutizzato rendendo necessaria una presa a carico psichiatrica e psicoterapeutica nella sua lingua madre. Quest'ultima ha permesso di evidenziare uno stato di disagio reattivo alla guerra dei \_\_\_\_\_ inquadrato nei curanti nell'ambito di un disturbo traumatico da stress. Esso comunque non ha avuto un influsso sul funzionamento personale, lavorativo e sociale dato che l'assicurato in questi anni è riuscito a creare una propria famiglia, ha mantenuto un lavoro senza avere periodi di inabilità lavorative protratti se non nell'ultimo periodo a causa dell'insorgenza della problematica reumatologica. Anche il Dr \_\_\_\_\_ nel suo successivo rapporto all'Al del 19.09.2016 si esprime per un disturbo post traumatico senza influsso sulla CL. L'assenza comunque di possibilità lavorative (l'assicurato infatti ha sempre lavorato svolgendo lavori per i quali ora è giudicato inabile) e le sue scarse capacità, non solo linguistiche, di potersi proporre ed adattare ad un'altra attività, hanno rappresentato un ulteriore evento stressante che ha favorito il persistere del quadro ansioso. Attualmente non trovo criteri per concordare sulla diagnosi di un episodio depressivo di grado medio (F32.1), nemmeno nella raccolta anamnestica ma piuttosto come detto sopra vi sono i criteri per una sindrome ansiosa generalizzata. Anche il trattamento farmacologico in atto, nel suo dosaggio, sarebbe insufficiente per un episodio depressivo di grado medio. Appare indicato rivalutare il trattamento antidepressivo considerando la prescrizione di molecole che trovano indicazione nei disturbi d'ansia o valutare l'introduzione ad esempio di Pregabalin. Per quanto riguarda la diagnosi di una Sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4), la sintomatologia dolorosa riferita sembra compatibile con le limitazioni somatiche che hanno portato a decretare una completa IL nella sua precedente attività, i problemi psicosociali evidenziati non possono essere individuati come i principali fattori causali, non vi è da parte sua una ricerca di attenzione o di marcato incremento di sostegno. Il Dr \_\_\_\_\_ nel suo unico consulto dell'aprile 2015 si esprimeva per la presenza di un disturbo da disadattamento con rischio di evoluzione verso una forma depressiva persistente; tale valutazione nasceva da un unico colloquio con evidenti difficoltà linguistiche (tanto che lo stesso specialista organizza per una presa a carico in lingua albanese) che non ha permesso di sondare gli aspetti psicopatologici anche pregressi alla problematica reumatologia e alla perdita del lavoro. C. **CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO 1.**

Descrizione di risorse e deficit-secondo schema – MINI ICF-APP – 1. Rispetto delle regole: grado di disabilità nessuno: riesce a rispettare gli impegni, le regole, generalmente tende ad arrivare in anticipo per lo stato di ansia sottostante. 2. Organizzazione dei compiti: grado di disabilità nessuno: è in grado di organizzare la propria giornata che dalla descrizione appare strutturata, sa dare la giusta priorità ai vari compiti. 3. Flessibilità: grado di disabilità moderato: richieste inattese aumentano lo stato d'ansia che interferisce sulle prestazioni rendendolo più insicuro e disattento. 4. Competenze: grado di disabilità moderato: le competenze pratiche non sono compromesse, nell'imparare nuove nozioni è possibile che lo stato d'ansia sottostante, rendendolo più insicuro, rallenti l'apprendimento e sia necessario spiegare più volte lo stesso concetto. Anche il problema della conoscenza della lingua italiana può ulteriormente influire sul rendimento. 5. Giudizio: grado di disabilità lieve-moderato: lo stato d'ansia presente lo porta più facilmente a preoccuparsi e quindi a trarre conclusioni errate o pessimistiche. 6. Persistenza: grado di disabilità nessuno: se impegnato in un lavoro routinario, dove le consegne sono chiare e precise, riesce a mantenere l'impegno fino al termine del lavoro; altrimenti vi è un grado moderato dettato dallo stato ansioso che rendendolo insicuro lo porta a doversi più volte fermare e controllare l'operato. 7. Assertività: grado di disabilità lieve: è in grado di esprimere il

proprio parere con persone note e conosciute; con estranei assume un atteggiamento ritirato.

8. Contatto con gli altri grado di disabilità nessuno: è in grado di sostenere conversazioni (l'impedimento è solo di tipo linguistico).

9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità nessuno: riesce ad avere un atteggiamento collaborante e a partecipare ad attività di gruppo.

10. Relazioni intime: grado di disabilità nessuno: è in grado di ascoltare i bisogni dell'altro, ha dei buoni legami con la sua famiglia e ha piacere di stare con i propri familiari quando non è eccessivamente disturbato dai dolori.

11. Attività spontanee: grado di disabilità nessuno: descrive una giornata con varie attività (uscite, si occupa dei figli e di alcune mansioni domestiche, eccetera).

12. Cura di sé: grado di disabilità lieve: vi è qualche segno di trascuratezza, la moglie ora deve stimolarlo a cambiarsi i vestiti a causa del suo disinteresse; si fa la barba una volta la settimana (ma questo era presente già anche quando lavorava).

13. Mobilità: grado di disabilità nessuno: guida l'auto al massimo per due ore, poi deve fare una sosta per i dolori, cammina, non usa i mezzi pubblici se non se strettamente necessario (ma ciò era già presente alla malattia e non è in diretta correlazione con essa).

(...)" (doc. AI 113/343-345). I periti del \_\_\_\_\_ hanno quindi concluso che "(...) per quanto riguarda la capacità lavorativa, si valuta che vi sia una IL del 30% nella sua attività abituale o in qualsiasi attività medico teorica rispettosa dei limiti, intesa come diminuzione del rendimento a partire dal febbraio 2015 quando si legge dal certificato del Dr \_\_\_\_\_ che l'assicurato già assumeva un antidepressivo. L'assicurato è apparso una persona semplice, concreta e autentica nel suo disagio, motivata nella ripresa di un lavoro; è indispensabile un aiuto concreto da parte dell'Al verso la ricerca di un'attività lavorativa ad esempio tramite una formazione breve ad hoc poiché l'assicurato ha sempre svolto un lavoro per il quale è stato dichiarato definitivamente inabile al 100% e non sarebbe in grado da solo a causa sia del quadro clinico che delle difficoltà linguistiche di reperire un'altra occupazione al di fuori dei contesti lavorativi a lui noti, quindi dei cantieri. Un mancato aiuto in tal senso lo espone al serio rischio di un rapido peggioramento del suo stato psichico con possibile influsso negativo sulla CL residua. La CL come casalingo per i soli aspetti psichiatrici è da considerarsi completa. La prognosi è buona se verranno messe in atto al più presto misure reintegrative. (...)" (doc. AI 113/345). L'insorgente, con scritto del 19 ottobre 2017 (VIII e allegati B/1-3), ha trasmesso al TCA ulteriore documentazione medica (cfr. consid. 1.5) e, in particolare, il rapporto medico del 13 ottobre 2017 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: "(...) con la presente attesto che il signor RI 1, nato il \_\_\_\_\_ 1976 e residente a \_\_\_\_\_ è seguito presso il mio studio dal 21.04.2015 in collaborazione con la signora \_\_\_\_\_, Psicologa specialista in Psicoterapia FSP. Contesto il progetto di decisione dell'Assicurazione invalidità che fissa il grado di inabilità lavorativa al 19% sulla scorta della perizia svolta dalla collega Dr.ssa med. \_\_\_\_\_ con data del 25 novembre 2016. Innanzitutto confermo il mio rapporto del 19.09.2016 dove affermo che l'incapacità lavorativa del sig. RI 1 è da considerarsi al 100% in ragione di uno stato depressivo importante. Aggiungo che l'evoluzione in questi mesi è stata negativa con un passaggio ad una sintomatologia a tratti di gravità severa. Queste osservazioni cliniche sono confermate anche dalla valutazione testistica effettuata in collaborazione con la signora \_\_\_\_\_, Psicologa specialista in Psicoterapia FSP. La diagnosi formulata dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ è errata in quanto la componente ansiosa è subordinata alla grave deflessione timica con momenti di melanconia, disturbi importanti del sonno, ritiro sociale, apatia, anedonia, deficit della concentrazione e memoria, pensieri di morte. Il paziente segue scrupolosamente le indicazioni terapeutiche concordate incluso l'assunzione di un antidepressivo a dosaggi

terapeutici “pieni” (Cipralex 20mg/g) introdotto a marzo 2017. Concludo sottolineando come la presa a carico presso il mio studio si avvale di colloquio psicoterapici regolari nella sua lingua materna (albanese) che permette di meglio cogliere e approfondire tutte le connotazioni non solo linguistiche ma anche culturali del sig. RI 1. (...)” (doc. B/2).

L’Ufficio AI, con osservazioni del 14 novembre 2017 (XII e allegati XII/1-2), ha trasmesso al TCA il complemento peritale del 3 novembre 2017 dei periti del \_\_\_\_\_ del seguente tenore: “(...) Ho letto il rapporto medico del Dr \_\_\_\_\_ datato il 13.10.2017 e il rapporto di valutazione testistica ad esso associato e mi accingo a fare le mie considerazioni: Il Dr \_\_\_\_\_ riconferma il suo rapporto AI del 19.09.2016, rapporto descritto e considerato nel mio lavoro peritale nel quale sostiene una completa IL rispetto all'assicurato in ragione dello stato depressivo importante, stato depressivo che non ho rilevato durante l'esame peritale che è stato condotto con l'ausilio di una interprete di lingua albanese. Infatti la descrizione della sua giornata non deponeva per uno stato psicopatologico grave, non evidenziava ritiro sociale legato alla malattia ma piuttosto alla vergogna della sua situazione economica, vi era una organizzazione del suo tempo e partecipazione alla vita familiare, lo status psichico non deponeva per un episodio depressivo di grado medio come certificato dal curante nel suo ultimo rapporto del settembre 2016. Anche la raccolta anamnestica non aveva evidenziato quadri compatibili con una diagnosi di episodio depressivo. Il curante aggiunge che l'evoluzione in questi mesi è stata negativa: di fatto non precisa da quando e ricordo di aver valutato l'assicurato nel novembre 2016, dove fino a quel momento ripeto non ho ravvisato la presenza di uno stato depressivo, tanto meno severo. Il Dr \_\_\_\_\_ scrive inoltre che vi è stato "un passaggio ad una sintomatologia a tratti severa", nessuna diagnosi ICD 10 viene codificata e come detto sopra nemmeno a partire da quando tale eventuale peggioramento è avvenuto. Anche il nuovo trattamento antidepressivo (Cipralex 20 mg) è stato introdotto nel marzo 2017, quindi a distanza di 4 mesi dalla mia valutazione e da allora non viene segnalato nessun cambiamento di terapia. Il Dr \_\_\_\_\_ sottolinea che la presa a carico nel suo studio avviene in lingua albanese, ricordo ancora una volta che la perizia è avvenuta in presenza di traduttrice riconosciuta in lingua albanese. Rispetto invece ai risultati della testistica allegata, vedo che sono stati somministrati la Symptom Checklist 90 (SCL 90) e la Hamilton, test somministrata secondo lo scritto del Dr \_\_\_\_\_ dalla psicologa \_\_\_\_\_ (nessuna firma al documento allegato). Rispetto alla SCL 90, si tratta di una scala di 90 domande autosomministrata che valuta il disagio psichico e quindi non di diagnosi presente negli ultimi 7 giorni dal momento della somministrazione; esso è utilizzato per la valutazione dello stato dei sintomi psicologici in pazienti psichiatrici, di medicina generale e in soggetti non clinici. Si tratta quindi di uno strumento di screening a cui deve seguire una valutazione qualitativa delle varie dimensioni prese in esame dal questionario, proprio perché non ha una valenza di questionario diagnostico. Inoltre vengono riportati i punteggi assoluti e non corretti rispetto all'età e al sesso. La scala di Hamilton per la depressione è una scala etero somministrata e quindi si basa sui punteggi attribuiti dall'operatore che la somministra: essi derivano dal giudizio che l'operatore fa sulla sintomatologia obiettivamente rilevata e su quella soggettiva riferita. Leggo che nel commento del test vi è scritto "egli riporta" tutta una serie di sintomi che non sto ad elencare, quindi mi pare di capire che la valutazione si sia esclusivamente basata sui sintomi soggettivi e non sia stata integrata con una valutazione oggettiva di essa. Un'ultima riflessione è quella rispetto alla lingua usata per la somministrazione dei test: il SCL 90 necessita di comprendere la lingua italiana scritta di 90 domande, per quanto riguarda

l'Hamilton non è scritto se la somministratrice del test l'abbia fatto in lingua italiana o nella lingua albanese, visto le carenze linguistiche mostrate dall'assicurato che hanno necessitato presso il nostro Centro l'uso di un interprete. Pertanto la nuova documentazione non modifica le mie conclusioni peritali, non ho dati aggiuntivi che mi portano a discostarmi dalla mia valutazione (nessuna nuova diagnosi). Rispetto alla domanda se evidenzio uno stato depressivo resistente, ripeto che al momento della mia perizia tale stato non era evidente; in ambito psichiatrico si deve distinguere la pseudoresistenza ad un trattamento: ad esempio la non aderenza al trattamento, errori diagnostici, depressioni secondarie ad altre condizioni mediche, dose e durata del trattamento inadeguata o concentrazioni plasmatiche dell'antidepressivo insufficienti ad esempio per una condizione genetica di rapido metabolizzatore. Nel caso si possano escludere tali fattori, le strategie di trattamento sono secondo le linee Internazionali quelle di: • aumentare il dosaggio antidepressivo e di utilizzarlo per una durata sufficiente, • nel caso di insuccesso sostituire il primo medicamento antidepressivo con un secondo appartenente alla stessa classe farmacologica o a una diversa; • nel caso di una risposta insoddisfacente, associare due antidepressivi di classe diversa • e ancora in caso di insuccesso aggiungere (augmentation) al trattamento antidepressivo un farmaco non direttamente antidepressivo (es. Litio, antipsicotici atipici, ormoni tiroidei...). Nel caso in esame l'assicurato ha utilizzato Deroxat 20 mg (il suo dosaggio massimo è di 60 mg) per un tempo non determinato (vedi relazione Dr \_\_\_\_\_ del 2015), Valdoxan 50 mg (dose massima suggerita) e ora Cipralex 20 mg (dose massima) per mesi. Nessuna associazione tra due classi di antidepressivi è stata tentata né sono state messe in atto tecniche di augmentation. Quindi secondo le Linee Internazionali per il trattamento farmacologico, non sono stati tentati tutti gli approcci possibili. Noto che gli antidepressivi utilizzati non hanno una indicazione anche per il disturbo d'ansia generalizzato, diagnosi da me posta nel caso specifico, sarebbe interessante nella scelta di un nuovo antidepressivo considerare quelli che hanno indicazione specifica anche per questo disturbo come ad esempio la duloxetina, la venlafaxina. (...)” (XII/1). Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, nell’annotazione del 10 novembre 2017, visto il suddetto complemento peritale del \_\_\_\_\_ del 3 novembre 2017, ha concluso che: “(...) - Si conferma la validità del rapporto finale SMR in assenza di una modifica sostanziale dello stato di salute - Si nega la presenza di un disturbo depressivo resistente alla terapia. (...)” (XII/2). L’insorgente, con scritto del 6 dicembre 2017 (XVI e allegato XVI/1), ha trasmesso al TCA il rapporto medico del 1. dicembre 2017 del dr. \_\_\_\_\_ del seguente tenore: “(...) Egregio Avv. RA 1, la ringrazio di avermi trasmesso le considerazioni mediche della Drssa. \_\_\_\_\_ e la Drssa. \_\_\_\_\_ datate 03.11.2017 per il sig. RI 1 nato il \_\_\_\_\_ 1976 e residente a \_\_\_\_\_. Dopo attenta lettura delle considerazioni delle colleghe mi preme confermare integralmente i miei precedenti rapporti medici specialistici e la valutazione testistica effettuata in collaborazione con la psicologa e psicoterapeuta FSP, signora \_\_\_\_\_. A tale proposito ritengo importante puntualizzare alcuni aspetti dei miei rapporti: La valutazione testistica ha come obiettivo di oggettivare tramite strumenti standardizzati lo stato clinico della persona. I risultati ottenuti vengono poi integrati ad informazioni cliniche ed anamnestiche e risultano complementari alla formulazione di una diagnosi psichiatrica. Nel caso specifico la testistica effettuata al sig. RI 1 risulta confermare la diagnosi psichiatrica posta precedentemente nei miei rapporti. In riferimento all'osservazione delle colleghe sulla lingua usata per la somministrazione dei test posso attestare che non essendo possibile reperire materiale testistico in lingua madre del paziente, si è deciso di utilizzare l'SCL-90, un test di 90 item di facile comprensione ed è stato

completato traducendo nella lingua del paziente. Per quanto riguarda l'Hamilton Depression Inventory è una scala eterosomministrata ed i punteggi sono stati attribuiti dalla psicologa e psicoterapeuta FSP, signora \_\_\_\_\_ che segue il sig. RI 1 dall'inizio della presa a carico. Alcune risposte sono state scelte facendo riferimento a ciò che ha riportato il paziente (ad esempio le caratteristiche del sonno, o la sintomatologia gastrointestinale). Le colleghe hanno contestato il fatto del punteggio del SCL-90 come punteggio assoluto e non corretto rispetto all'età e al sesso. I punteggi grezzi ottenuti nel questionario sono stati trasformati in punti Z. In statistica valori maggiori di una deviazione standard vengono considerati valori degni di attenzione in quanto significativamente differenti da valori considerati nella norma. Poiché i punti Z ottenuti in alcune aree sono estremamente alti (si discostano notevolmente da una deviazione standard) non abbiamo ritenuto necessario trasformare ulteriormente i punteggi. I test psicologici non sono stati obbligatoriamente firmati dalla psicologa e psicoterapeuta FSP signora \_\_\_\_\_ in quanto essa è mia dipendente ed il rapporto medico sottostà alla mia responsabilità e giudizio come medico psichiatra curante del sig. RI 1. Per quanto riguarda la valenza del ritiro sociale del paziente la mia constatazione differisce dalle osservazioni delle colleghe in quanto a più riprese il sig. RI 1 mi ha descritto questa sintomatologia reattiva ad uno stato di profonda prostrazione con algia alla colonna vertebrale. In effetti anche se sollecitato da conoscenti, amici o famigliari spesso egli ha rifiutato di uscire di casa non a causa di un sentimento di vergogna. Concludo contestando le riflessioni sulle possibili opzioni farmacologiche che in questi anni non si sarebbero intraprese alla luce delle linee guida vigenti in psicofarmacologia. Innanzi tutto bisogna calare questi principi teorici nella realtà terapeutica della presa a carico ambulatoriale con un paziente che in alcuni frangenti si è dimostrato impaurito nel modificare la terapia vigente. Durante il percorso terapeutico si sono altresì modificate a più riprese le terapie per supportarlo a raggiungere un migliore stato psicologico e di conseguenza una migliore qualità di vita. Come riportato anche nelle riflessioni del 3.11.2017 le terapie ultime antidepressive con Valdoxan 50 mg e Cipralex 20 mg sono state somministrate a dosaggi terapeutici (dose massima suggerita). Tali terapie hanno una valenza medico-teorica adeguata se si fa riferimento alle mie diagnosi e chiaramente non hanno indicazione per il disturbo di ansia generalizzata che in ultima analisi, a mio avviso, non corrisponde alla diagnosi psichiatrica presente. (...)” (XVI/1). L’Ufficio AI, con osservazioni del 14 dicembre 2017 (XVIII e allegato XVIII/1), ha trasmesso al TCA l’annotazione del 13 dicembre 2017 nella quale il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, avuto riguardo al rapporto medico del 1. dicembre 2017 del dr. \_\_\_\_\_, ha espresso la seguente valutazione: “(...) – Assenza di nuovi elementi rispetto alla documentazione già nota, non ritengo quindi necessario sottoporre l’attuale scritto alla perita. – In assenza di una modifica della situazione clinica confermo le conclusioni precedenti. (...)” (XVIII/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.

#### **E. 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 Bundesgerichtes zum IVG, 3a edizione 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 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 vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 2.6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura

al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...) (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2) Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni, come risulta dalla DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa: " (...)

#### **E. 4.2**

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I

70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...). Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Il Tribunale federale, nel comunicato stampa del 14 dicembre 2017 intitolato "Rendita AI in caso di affezioni psichiche: cambiamento di giurisprudenza" – riferendosi alle sentenze del 30 novembre 2017, 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017, entrambe pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418 – ha, in particolare, rilevato che "(...) il Tribunale federale modifica la sua prassi per l'esame del diritto a una rendita AI in presenza di affezioni psichiche. La giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti, secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. (...)" . Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del Tribunale federale (cfr., fra le ultime, STF 9C\_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; STF 8C\_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), secondo cui le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una "resistenza alle terapie", ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. 2.7. L'insorgente contesta la valutazione medica operata dall'Ufficio AI rinviando alle considerazioni del medico curante, dr. \_\_\_\_\_, e più precisamente alla documentazione medica prodotta con lo scritto del 19 ottobre e con le osservazioni del 14 novembre 2017: la valutazione testistica del 30 settembre 2017 (doc. B/1) e i rapporti medici del dr. \_\_\_\_\_ del 19 settembre 2016 (doc. B/3), del 13 ottobre 2017 (doc. B/2) e del 1. dicembre 2017 (XVI/1) (cfr. consid. 1.5 e 1.6). Al riguardo questo Tribunale rileva quanto segue. Il rapporto medico del 19 settembre 2016 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. B/3 = doc. AI 109/321-326) è menzionato negli atti considerati dai periti del \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 113/335-336) che ne hanno pertanto tenuto conto. Basti qui rinviare a quanto indicato dai periti del \_\_\_\_\_ nell'anamnesi psicopatologica della perizia del 25 novembre 2016 ( "(...) L'assicurato quindi viene seguito dal Dr. \_\_\_\_\_ [...] (non vi sono stati problemi nel continuare la valutazione al \_\_\_\_\_ e non sono state necessarie pause nonostante il lungo tempo di visita). (...)" (doc. AI 113/333-345 riprodotto in esteso al consid. 2.4) ), al fatto che i periti hanno contattato lo specialista ( "(...) 17 novembre 2016 colloquio telefonico Dr \_\_\_\_\_, FMH Psichiatria e Psicoterapia e con la psicologa Sig.ra \_\_\_\_\_ . Il Dr \_\_\_\_\_ mi informa che vede l'assicurato solo per un controllo della terapia in atto è maggiormente seguito dalla psicologa. La Sig.ra \_\_\_\_\_ riporta che l'assicurato grazie alla possibilità

di esprimersi nella propria lingua è riuscito a far emergere i traumi legati al conflitto bellico oltre che sono stati descritti sintomi ansiosi presenti da anni. La perdita del lavoro ha comportato una perdita del suo ruolo, vi è inoltre la preoccupazione finanziaria e quella che essendo uno straniero gli possa non essere rinnovato il permesso di dimora. L'ansia presente lo limita nella sua autonomia, è comunque una persona molto volenterosa e motivata verso un lavoro. (...)” (doc. AI 113/333-345) ) e alle dettagliate motivazioni addotte per scostarsi dalle diagnosi poste dal dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. AI 113/343-344, il punto 7 “Discussione” , riprodotto in esteso al consid. 2.4). Il TCA ricorda qui 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). Quanto al rapporto medico del 13 ottobre 2017 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. B/2, riprodotto in esteso al consid. 2.4) i periti del \_\_\_\_\_, nel complemento peritale del 3 novembre 2017 (doc. XII/1, riprodotto in esteso al consid. 2.4), hanno osservato che durante l’esame peritale non hanno rilevato uno stato depressivo importante: “(...) Infatti la descrizione della sua giornata non deponesse per uno stato psicopatologico grave, non evidenziava ritiro sociale legato alla malattia ma piuttosto alla vergogna della sua situazione economica, vi era una organizzazione del suo tempo e partecipazione alla vita familiare, lo status psichico non deponesse per un episodio depressivo di grado medio come certificato dal curante nel suo ultimo rapporto del settembre 2016. Anche la raccolta anamnestica non aveva evidenziato quadri compatibili con una diagnosi di episodio depressivo. (...)” (XII/1, le sottolineature sono del redattore). Avuto riguardo all’indicata evoluzione negativa i periti hanno inoltre rilevato come lo specialista curante “(...) di fatto non precisa da quando e ricordo di aver valutato l'assicurato nel novembre 2016, dove fino a quel momento ripeto non ho ravvisato la presenza di uno stato depressivo, tanto meno severo. Il Dr. \_\_\_\_\_ scrive inoltre che vi è stato "un passaggio ad una sintomatologia a tratti severa", nessuna diagnosi ICD 10 viene codificata e come detto sopra nemmeno a partire da quando tale eventuale peggioramento è avvenuto. Anche il nuovo trattamento antidepressivo (Cipralex 20 mg) è stato introdotto nel marzo 2017, quindi a distanza di 4 mesi dalla mia valutazione e da allora non viene segnalato nessun cambiamento di terapia. (...)” (XII/1). Va segnalato che in effetti il dr. \_\_\_\_\_ già nel rapporto medico del 19 settembre 2016 (cfr. doc. AI 109/321-326) aveva concluso per un’incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività. Riguardo alla “valutazione testistica” del 30 settembre 2017(doc. B/1) i periti del \_\_\_\_\_ hanno poi precisato che “(...) rispetto alla SCL 90, si tratta di una scala di 90 domande autosomministrata che valuta il disagio psichico e quindi non di diagnosi presente negli ultimi 7 giorni dal momento della somministrazione; esso è utilizzato per la valutazione dello stato dei sintomi psicologici in pazienti psichiatrici, di medicina generale e in soggetti non clinici. Si tratta quindi di uno strumento di screening a cui deve seguire una valutazione qualitativa delle varie dimensioni prese in esame dal questionario, proprio perché non ha una valenza di questionario diagnostico. Inoltre vengono riportati i punteggi assoluti e non corretti rispetto all'età e al sesso. La scala di Hamilton per la depressione è una scala etero somministrata e quindi si basa sui punteggi attribuiti dall'operatore che la somministra: essi derivano dal giudizio che l'operatore fa sulla sintomatologia obiettivamente rilevata e su quella soggettiva riferita. Leggo che nel commento del test vi è

scritto "egli riporta" tutta una serie di sintomi che non sto ad elencare, quindi mi pare di capire che la valutazione si sia esclusivamente basata sui sintomi soggettivi e non sia stata integrata con una valutazione oggettiva di essa (...)" (XII/1). Al riguardo il dr. \_\_\_\_\_, nell'ulteriore rapporto medico del 1. dicembre 2017 (XVI/1 riprodotto in esteso al consid. 2.4) – ricordati gli obiettivi della valutazione testistica, osservato che "(...) per quanto riguarda l'Hamilton Depression Inventory è una scala eterosomministrata ed i punteggi sono stati attribuiti dalla psicologa e psicoterapeuta FSP, signora \_\_\_\_\_ che segue il sig. RI 1 dall'inizio della presa a carico. Alcune risposte sono state scelte facendo riferimento a ciò che ha riportato il paziente (ad esempio le caratteristiche del sonno, o la sintomatologia gastrointestinale). (...)" ( XVI/1; già dalla perizia del 25 novembre 2016, sotto "informazioni da terzi" , risulta infatti che "(...) il Dr. \_\_\_\_\_ mi informa che vede l'assicurato solo per un controllo della terapia in atto è maggiormente seguito dalla psicologa. (...)" (doc. AI 113/343) ) e precisato il punteggio del SCL-90 – , si è limitato a sostenere in modo del tutto generico che "(...) nel caso specifico la testistica effettuata al sig. RI 1 risulta confermare la diagnosi psichiatrica posta precedentemente nei miei rapporti. (...)" (XVI/1). Sempre i periti del \_\_\_\_\_, ritenute le strategie di trattamento secondo le linee internazionali, hanno infine osservato come "(...) nel caso in esame l'assicurato ha utilizzato Deroxat 20 mg (il suo dosaggio massimo è di 60 mg) per un tempo non determinato (vedi relazione Dr \_\_\_\_\_ del 2015), Valdoxan 50 mg (dose massima suggerita) e ora Cipralex 20 mg (dose massima) per mesi. Nessuna associazione tra due classi di antidepressivi è stata tentata né sono state messe in atto tecniche di augmentation. Quindi secondo le Linee Internazionali per il trattamento farmacologico, non sono stati tentati tutti gli approcci possibili. Noto che gli antidepressivi utilizzati non hanno una indicazione anche per il disturbo d'ansia generalizzato, diagnosi da me posta nel caso specifico, sarebbe interessante nella scelta di un nuovo antidepressivo considerare quelli che hanno indicazione specifica anche per questo disturbo come ad esempio la duloxetina, la venlafaxina. (...)" (XII/1). Al riguardo – sostenuto che i principi teorici delle linee guida vanno calati nella realtà terapeutica della presa a carico di un paziente che in taluni frangenti si è dimostrato impaurito al cambio della terapia e precisato che le terapie sono state nel tempo modificate giungendo con gli ultimi antidepressivi al dosaggio massimo suggerito – il dr. \_\_\_\_\_ ha solo contestato che "(...) tali terapie hanno una valenza medico-teorica adeguata se si fa riferimento alle mie diagnosi e chiaramente non hanno indicazione per il disturbo di ansia generalizzata che in ultima analisi, a mio avviso, non corrisponde alla diagnosi psichiatrica presente. (...)" ( XVI/1; va qui osservato che dalla perizia del 25 novembre 2016, sotto "informazioni da terzi" , risulta che "(...) la Sig.ra \_\_\_\_\_ riporta che l'assicurato grazie alla possibilità di esprimersi nella propria lingua è riuscito a far emergere i traumi legati al conflitto bellico oltre che sono stati descritti sintomi ansiosi presenti da anni. La perdita del lavoro ha comportato una perdita del suo ruolo, vi è inoltre la preoccupazione finanziaria e quella che essendo uno straniero gli possa non essere rinnovato il permesso di dimora. L'ansia presente lo limita nella sua autonomia, è comunque una persona molto volenterosa e motivata verso un lavoro. (...)" (doc. AI 113/343, le sottolineature sono del redattore) ). Questo Tribunale, viste le suesposte risultanze mediche – osservato che, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.5 e 2.6), alla perizia del \_\_\_\_\_ del 25 novembre 2016 (doc. AI 113/333-345) con complemento del 3 novembre 2017 (XII/1) va riconosciuta piena forza probatoria – , deve confermare, senza che sia necessario procedere ad ulteriori accertamenti medici, il rapporto finale del 16 febbraio 2017 (doc. AI 114/346-348) nel quale il medico

SMR dr. \_\_\_\_\_ ha concluso per un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 4 aprile 2013 al 29 ottobre 2014 mentre che, avuto riguardo alla patologia psichiatrica, l'incapacità lavorativa in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti è dello 0% dal 30 ottobre 2014 al 31 gennaio 2015 e del 30% dal 1. febbraio 2015 (doc. AI 114/346). In particolare va ribadito che nel complemento del 3 novembre 2017 i periti del \_\_\_\_\_ – che hanno avuto due colloqui con l'assicurato il 3 e il 16 novembre 2016 (doc. AI 113/333) – , circa il certificato medico del 13 ottobre 2017 nel quale il dr. \_\_\_\_\_ ha segnalato che “(...) l'evoluzione in questi mesi è stata negativa con un passaggio ad una sintomatologia a tratti severa. (...)” (doc. B/2), hanno rilevato che lo specialista curante “(...) di fatto non precisa da quando e ricordo di aver valutato l'assicurato nel novembre 2016, dove fino a quel momento ripeto non ho ravvisato la presenza di uno stato depressivo, tanto meno severo. Il Dr \_\_\_\_\_ scrive inoltre che vi è stato "un passaggio ad una sintomatologia a tratti severa", nessuna diagnosi ICD 10 viene codificata e come detto sopra nemmeno a partire da quando tale eventuale peggioramento è avvenuto. Anche il nuovo trattamento antidepressivo (Cipralex 20 mg) è stato introdotto nel marzo 2017, quindi a distanza di 4 mesi dalla mia valutazione e da allora non viene segnalato nessun cambiamento di terapia. (...)” (XII/1). Non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto del 1. dicembre 2017 (XVI/1 riportato in esteso al consid. 2.4) nel quale il dr. \_\_\_\_\_ – confermati i suoi precedenti rapporti del 13 ottobre 2017 e del 19 settembre 2016 (doc. B/2 e B/3) e la valutazione testistica del 30 settembre 2017 (doc. B/1) – si è limitato a rilevare che “(...) per quanto riguarda la valenza del ritiro sociale del paziente la mia constatazione differisce dalle osservazioni delle colleghe in quanto a più riprese il sig. RI 1 mi ha descritto questa sintomatologia reattiva ad uno stato di profonda prostrazione con algia alla colonna vertebrale. In effetti anche se sollecitato da conoscenti, amici o famigliari spesso egli ha rifiutato di uscire di casa non a causa di un sentimento di vergogna. (...)” (XVI/1). Il fatto che il curante giunga ad una conclusione diversa per quanto concerne la graduazione dell'incapacità lavorativa non è un motivo per procedere con un'ulteriore perizia. 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; 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010). 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. ad esempio STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4, 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; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). Val pure la pena ancora di osservare, con riferimento a quanto esposto al consid. 2.6 e alla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 143 V 409 e 143 V 418), che i periti del \_\_\_\_\_ non hanno applicato la presunzione secondo cui i disturbi psichiatrici possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile e non si sono limitati a rilevare che le problematiche psichiatriche di cui soffre l'assicurato non sono resistenti alla terapia, ma hanno verificato l'incapacità lavorativa del ricorrente sulla

base di una valutazione puntuale ed oggettiva. Infatti è sulla base della “Descrizione di risorse e deficit – secondo schema MINI ICF – APP –” (cfr. doc. AI 113/344-345 riprodotti in esteso al consid. 2.4) che i periti del \_\_\_\_\_ hanno potuto concludere che “(...) per quanto riguarda la capacità lavorativa, si valuta che vi sia una IL del 30% nella sua attività abituale o in qualsiasi attività medico teorica rispettosa dei limiti, intesa come diminuzione del rendimento a partire dal febbraio 2015 quando si legge dal certificato del Dr. \_\_\_\_\_ che l'assicurato già assumeva un antidepressivo. (...)” (doc. AI 113/345). In conclusione, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28, pag. 291 ), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1 dal febbraio 2015 presenta un'incapacità lavorativa del 30% (intesa come riduzione di rendimento) in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. 2.8. In merito alla valutazione economica va innanzitutto rilevato che, ritenuta l'incapacità lavorativa del 30% in un'attività adeguata dal febbraio 2015, vanno applicati i dati validi per quell'anno. Quanto al reddito da valido – vista la risposta del datore di lavoro del 2 marzo 2017 (doc. AI 120/361) – l'amministrazione l'ha fissato in fr. 58'199.40. Questo dato, peraltro rimasto incontestato, può essere fatto proprio da questo Tribunale. Riguardo al reddito da invalido l'amministrazione ha ritenuto il reddito statistico per il 2015 di fr. 66'944.94 (cfr. le tabelle allestite il 7 marzo 2017 sub doc. AI 118/353 e 119/357). Anche questo dato, rimasto incontestato – infatti il ricorrente sostiene che “(...) il reddito statistico di CHF 66'944.95 va decurtato del grado di inabilità lavorativa stabilito una volta in possesso della nuova valutazione richiesta dallo psichiatra curante e di un ulteriore 15% per svantaggi salariali e attività leggere. (...)” (I, pag. 8) –, può essere fatto proprio da questo Tribunale. Ritenuta una capacità lavorativa in un'attività adeguata del 70% (cfr. consid. 2.7), il reddito da invalido si attesta a fr. 46'861.46 (66'944.95 x 70 : 100). L'insorgente pretende l'applicazione di una riduzione del 15% per svantaggi salariali e attività leggere. Anche volendo applicare la pretesa riduzione del 15% – grazie alla quale il reddito da invalido si attesterebbe a fr. 39'832.24 (46'861.46 ridotti del 15%) – il grado d'invalidità non raggiunge la soglia minima pensionabile del 40% ( (58'199.40 - 39'832.24) : 58'199.40 x 100 = 31.55% ). 2.9. In via subordinata l'insorgente ha chiesto il riconoscimento di “(...) provvedimenti professionali e non un semplice aiuto al collocamento, così come fortemente consigliato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nella propria perizia, al fine di evitare un peggioramento della capacità lavorativa residua dell'assicurato. (...)” (I, punto 11, pag. 8). Quanto alla possibilità di reintegrazione – ricordato che compito del medico è indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro e che spetta al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (cfr. consid. 2.5) – questo Tribunale rileva che, nella valutazione del 29 maggio 2017 (doc. AI 124/369-371), il consulente in integrazione professionale ha indicato che “(...) nonostante il danno alla salute dell'A. sono possibili numerose attività semplici e non qualificate che fanno riferimento alla categoria delle statistiche 4.2, nelle quali dopo un breve periodo

d'introduzione l'attività potrà essere svolta in autonomia. (...)” (doc. AI 124/370). La giurisprudenza federale ha, in maniera costante, già avuto modo di stabilire che nel mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato, vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., tra le altre, STF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3, che ha interamente confermato la STCA 35.2012.17 del 18 giugno 2012; 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 e 9C\_10/2007 del 26 marzo 2008 consid. 4.6.3). Sempre il consulente in integrazione professionale – rilevato che in sede di colloquio del 18 aprile 2017 “(...) l'A. appare scettico ad un suo reinserimento lavorativo, soprattutto per quanto concerne la regolarità. Gli si spiega che l'UAI lo affiancherà in quello che può essere un suo reinserimento e che questo verrà fatto in maniera graduale. Lo invito a discutere la cosa con il suo psichiatra nel prossimo incontro e di farmi sapere cosa intende fare. (...)” (doc. AI 124/370) – ha concluso che “(...) a questo assicurato, secondo il mio parere, non è proponibile una riqualifica professionale che comporta l'apprendimento di nozioni teoriche perché è inibito oltre che dal danno alla salute anche da fattori quali l'esperienza professionale specifica e la scarsa scolarità. Si può restare a disposizione per finanziare un periodo di introduzione al lavoro "mini riqualifica pratica ad hoc" della durata di 3-6 mesi (da stabilire dettagliatamente in presenza di un concreto posto di lavoro), qualora vi fosse un posto vacante ed un tale provvedimento potesse consentire un sensibile aumento della capacità di guadagno. Dopo comprovate ricerche di lavoro e su richiesta scritta, si resta a disposizione per valutare un aiuto al collocamento. (...)” (doc. AI 124/371). Questo TCA – ritenuta, visti anche i motivi esposti al consid. 2.7, la possibilità di reintegrarsi in un'attività semplice e ripetitiva e considerate le motivazioni addotte dal consulente in integrazione professionale – deve concludere che a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a provvedimenti professionali. Infatti l'insorgente gode di un ampio ventaglio di professioni possibili che non richiedono particolari misure di reintegrazione professionale. In questo senso nella STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011 il TF, in un caso in cui un'assicurata invalida al 40% (percentuale calcolata secondo il metodo misto) aveva chiesto di essere messa a beneficio di provvedimenti integrativi di natura professionale, ha affermato che: " (...) Sennonché, a prescindere dalle argomentazioni esposte nel giudizio impugnato, cui si rinvia per brevità, l'insorgente sembra dimenticare che nel momento determinante della decisione amministrativa in lite le si presentava un ventaglio relativamente ampio di professioni (leggere e ripetitive, poco qualificate) possibili che non richiedevano necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. per analogia sentenze 9C\_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 6.2, 9C\_753/2008 del 26 ottobre 2009 consid. 3.5 e U 463/00 del 28 ottobre 2003 consid. 3.3). Già solo per questo motivo, la richiesta non può dunque trovare accoglimento. (...)” (STF 9C\_734/2010 del 18 maggio 2011, consid. 6) 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va pertanto confermata e il ricorso respinto. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. 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.