

## **TI\_GERICHTE 32.2018.96 vom 4. Mai 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-05-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.96](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.96)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.96 du 4 mai 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.96 del 4 maggio 2018

### **Regeste**

L'Ufficio AI ha respinto la domanda di revisione di un assicurato chiedente un aumento del grado d'invalidità. Conferma delle perizie reumatologica e psichiatrica attestanti una situazione valetudinaria rimasta sostanzialmente invariata rispetto alla precedente decisione di rendita

### **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; 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). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è

messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 2.4. Nel caso in esame, va ricordato che a fondamento della decisione 11 aprile 2003 – con cui all'assicurato era stato conferito il diritto ad una mezza rendita dal 1° giugno 1999 – vi era la perizia multidisciplinare del SAM. Nel rapporto 31 luglio 2002 i periti avevano posto le seguenti diagnosi: " (...) 5.1 Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa Sindrome cervicospindilogenica sin., con - stato dopo operazione per ernia discale C5-6 nel giugno 1995; - discopatia C4-5 e C6-7, con restringimento del canale spinale e dei neuroforami C7, prevalentemente a sin. (MRI del 29.05.1998). Disturbo di personalità non altrimenti specificato (DD: disturbo borderline di personalità). 5.2 Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa Steatosi epatica diffusa, con modica attività epatocitolitica, in - pregresso abuso etilico; - pancreatite acuta d'origine etilossica nel marzo 2011, attualmente in remissione. Pregresso episodio depressivo grave, senza sintomi psicotici nel 2000. Lieve diminuzione della mobilità della spalla sin., probabilmente d'origine capsulare. Incipiente poliartrosi delle dita, familiare. Dislipidemia ed iperuricemia. (...)” (doc. AI 100 pag. 12) L'assicurato era stato ritenuto totalmente inabile nella sua originaria attività, ma abile all'80% in attività prevalentemente leggere e variate rispettose delle limitazioni fisiche (pag. 242 inc. AI). Con la successiva perizia multidisciplinare 20 dicembre 2006 i periti del SAM in sostanza avevano valutato uno stato di salute stazionario, concludendo in particolare: " (...) Non possiamo pertanto oggettivare un peggioramento dello stato di salute, rispettivamente dello stato valetudinario dell'assicurato nei confronti della nostra precedente valutazione. Possiamo confermare brevi periodi di totale incapacità lavorativa come certificati dal medico curante nel suo rapporto dell'8.02.2006. In modo particolare per quanto riguarda la problematica insorta a livello della spalla destra possiamo constatare una evoluzione favorevole con attualmente l'assenza di indizi per una lesione maggiore. Sul piano psicologico e mentale possiamo ammettere che all'inizio di quest'anno si è probabilmente verificato un caso dell'umore legato alla flessione nel rapporto sentimentale, alle difficoltà con il datore di lavoro che non avrebbe potuto offrire all'assicurato una copertura in caso di malattia, tuttavia successivamente l'assicurato ha potuto ritrovare un sostanziale equilibrio psichico grazie anche all'apporto terapeutico da parte del dr. \_\_\_\_\_. Possiamo così ribadire che lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro dopo l'esame peritale SAM del luglio 2002 non ha presentato mutamenti duraturi. (...)” (sottolineatura del redattore; pag. 397 inc. AI) Da qui la decisione 20 giugno 2007 di conferma della mezza rendita d'invalidità (doc. 172 inc. AI), nuovamente confermata con comunicazioni del 5 agosto 2008 (doc. 185 inc. AI) e 13 marzo 2013 (doc. 206 inc. AI). Infine, con decisione del 7 luglio 2016 l'Ufficio AI aveva nuovamente respinto un aumento del grado d'invalidità. In accoglimento del ricorso datato 8 agosto 2016 contro la citata decisione, con sentenza del 24 marzo 2017, valutata la nuova documentazione medica, questa Corte aveva ritenuto che “ diversamente da quanto sostenuto dal SMR – (il TCA n.d.r.) non può concludere , con la necessaria tranquillità di giudizio, che rispetto all'ultima valutazione medica eseguita nel 2006 (trattasi della perizia multidisciplinare SAM) lo stato di salute, rispettivamente valetudinario, dell'assicurato sia rimasto stabile senza che non si proceda ad un valutazione medica più approfondita”. Dopo aver esposto le ragioni di tale conclusione, questo Tribunale aveva disposto “ il rinvio degli atti all'amministrazione affinché, effettuati i necessari accertamenti medici di natura somatica e psichiatrica, stabilisca l'esistenza o meno di un peggioramento dello stato di

salute con conseguente influsso sulla capacità al guadagno. In esito a tali accertamenti, l'Ufficio AI emanerà una nuova decisione, debitamente preavvisata ex art. 57a LAI, sulla domanda di aumento del grado d'invalidità inoltrata dall'assicurato". 2.5. A seguito della STCA 32.2016.79 del 24 marzo 2017, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia psichiatrica ed una neurologica. 2.5.1 Nel rapporto 8 settembre 2017 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatrica e psicoterapia – dopo aver proceduto al consueto elenco atti, all'anamnesi, all'esame clinico secondo il sistema AMDP, al test TMT, alla descrizione della giornata, attività e abitudini del peritando, tenuto conto del trattamento psichiatrico attuale e dopo aver avuto un colloquio telefonico con lo psichiatra curante – ha confermato una nevrosi depressiva cronica (F34.1). In sede di discussione dei referti, il perito ha ritenuto il quadro psichiatrico sovrapponibile a quello descritto nella valutazione peritale del dr. \_\_\_\_\_ resa nell'ambito della perizia SAM del 20 dicembre 2006, precisando: "(...) Sul piano psichiatrico il quadro appare del tutto sovrapponibile a quello descritto nella valutazione peritale del Dr \_\_\_\_\_ nel novembre 2004 (recte: 2006). Anche attualmente l'assicurato non mostra un tono dell'umore deflesso e non vi sono segni di alcuna evoluzione depressiva endogena. Sono assenti infatti anedonia, apatia, abulia e, se si eccettua la persistente demoralizzazione relativa al perdurare della sintomatologia algica e disestesica, che non ha presentato un'evoluzione in altri distretti corporei come potrebbe accadere in presenza di un disturbo somatoforme, il quadro clinico appare poco significativo. L'assicurato in questi anni ha mantenuto una relazione durevole e salda con la compagna, si è occupato dei figli che continua a seguire, ha mantenuto buone relazioni con i fratelli e, per quanto possibile, compatibilmente con lo stato di salute e la disponibilità di occasioni, ha continuato a dedicarsi ad alcune attività di manutenzione di auto d'epoca e dei furgoni della ditta dei fratelli; ha conseguito le patenti per condurre chiatte e persone su imbarcazioni di grande taglia, e non ha assunto mai trattamenti psicofarmacologici. Anche rispetto al potus che pure è stato rilevante tra il 2001 ed il 2013 l'assicurato, dopo la presa in carico dello psicologo \_\_\_\_\_, è riuscito a controllarsi evitando le compagnie che avrebbero potuto alimentare il craving, dando quindi dimostrazione di uno sforzo di volontà e di una capacità di mantenere continuità nei comportamenti. (...)” (sottolineatura del redattore; pag. 855 inc. AI) Il dr. med. \_\_\_\_\_ si è confrontato con le diverse certificazioni dello psichiatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_ (al quale l'assicurato “si rivolge sporadicamente e per lo più telefonicamente”; pag.385 inc. AI), concludendo in merito alla capacità lavorativa: "(...) Pertanto sul piano della capacità lavorativa, a fronte di una limitazione sostanzialmente della flessibilità di grado lieve legata anche a strategie di coping scarse e ad una persistenza lievemente diminuita, ma soprattutto per l'invarianza del quadro clinico valetudinario nell'analisi del decorso di questi anni, ritengo che anche il grado di IL per motivi psichiatrici sia sovrapponibile a quello stimato precedentemente e pari al massimo ad un 20% (riduzione del tempo). Per quanto attiene il decorso ritengo che, come è rimasto stabile in tutti questi anni, il quadro difficilmente presenterà miglioramenti o peggioramenti; parrebbe infatti che non si siano mai verificati veri episodi depressivi né sensibili fluttuazioni della sintomatologia, né in positivo né in negativo. L'assicurato, persona cordiale e collaborante, non ha mai cercato di amplificare la sintomatologia ed il quadro è apparso coerente; il decorso appare stabile senza fluttuazioni peggiorative che, se presenti, avrebbero comportato, alla luce del buon rapporto di fiducia con i curanti, ad un ricorso più frequente a loro o, eventualmente, a trattamenti farmacologici. (...)” (sottolineatura del redattore; pag. 856 inc. AI) A seguito del progetto di decisione 31 ottobre 2017, l'assicurato ha prodotto il seguente rapporto del suo psichiatra curante, datato 28 dicembre 2017: "(...) Da ormai

quasi 20 anni seguo seppur in modo discontinuo il signor RI 1, alla lettura di questi 2 scritti specialistici che sicuramente hanno influenzato in modo determinante la successiva proposta di decisione da parte dell'UAI, mi sembra importante far notare come i due colleghi periti si siano attenuti essenzialmente alle "valutazioni oggettive" del caso, senza mai veramente tenere conto della sofferenza soggettiva descritta dal signor RI 1; sofferenza ben segnalata tra l'altro dalla perizia del Dr. \_\_\_\_\_ che a diverse riprese descrive un paziente che deve spesso muoversi nel corso dell'esame poiché attanagliato dalle algie che toccano la colonna cervicale ed i 2 arti superiori. Nei fatti, l'impressione generale inerente l'evoluzione del caso medico-assicurativo è che nel corso delle successive valutazioni di questi ultimi 4-5 anni, e malgrado l'importante documentazione clinica fornita dai curanti, inerente essenzialmente l'evoluzione delle patologie somatiche visto che quella della patologia psichica non ha mai giustificato da sola l'applicazione di misure AI, l'UAI di Bellinzona non ha mai veramente voluto tenere in considerazione tanto la persistente ed ingravescente polipatologia algica quanto le sempre più marcate limitazioni esecutivo-operative indotte da queste patologie nella traiettoria socio-occupazionale del signor RI 1, in severa fase involutiva da ormai almeno 6 anni. (...)" (pag. 910-911 inc. AI) Chiamato a prendere posizione in merito a quanto sopra, il 30 marzo 2018 il perito ha evidenziato: " non trovo elementi clinici o di decorso che si aggiungano a quanto da me valutato e che quindi mi inducano a rivedere le mie conclusioni " (doc. 277 inc. AI). 2.5.2. Dal punto di vista neurologico il dr. med. \_\_\_\_\_, riassunti gli atti presenti nell'inserto, valutato l'esame elettroencefalografico del 4 ottobre 2017, nonché le RM cervicali del 22 aprile 2014 e 20 febbraio 2015, ha proceduto alle seguenti valutazioni: " (...) All'esame clinico attuale non si trovano reperti rilevanti a livello degli arti inferiori, del braccio sinistro e dei nervi cranici. La mobilità della colonna cervicale è relativamente ridotta e lievemente dolente, non vi è però una irradiazione algica agli arti superiori che faccia sospettare una irritazione radicolare cervicale. Non si trovano deficit motori agli arti superiori. Vi è un deficit sensitivo alla mano destra verso le dita II-III. L'esame elettroencefalografico conferma in reperto indicativo di una sindrome del tunnel carpale a destra di entità da lieve a moderata. Ritengo che quest'ultima sia la responsabile principale dei sintomi alla mano destra descritti dal paziente. A livello cervicale infatti non si rilevano possibili lesioni delle strutture nervose correlanti con questo reperto, ci si aspetterebbe in effetti una compressione radicolare C7 a destra non visibile sulle indagini neuroradiologiche a disposizione. In effetti anche ad una valutazione neurologica e neurochirurgica del maggio 2017 eseguita presso il \_\_\_\_\_ si era arrivati a concludere che i sintomi del paziente sono dovuti principalmente alla sindrome del tunnel carpale e non ad una lesione radicolare cervicale. La problematica neurologica riferibile alla sindrome del tunnel carpale è di entità da lieve a moderata. In generale una patologia di questo tipo non comporta limitazioni funzionali maggiori e può essere risolta, se non migliora con misure conservative, con un intervento decompressivo del canale carpale. Tenendo presente che il paziente è già a beneficio di una rendita di invalidità del 58% principalmente a causa di problemi in ambito reumatologico, la sindrome del tunnel carpale non lo limita ulteriormente dal punto di vista funzionale, questo per qualunque attività proponibile. Non si può inoltre affermare che si è verificato un peggioramento oggettivo della problematica cervicale rispetto a quanto descritto e constatato in passato. Ricordo infine che il paziente aveva subito un trauma in seguito a scoppio di una batteria in auto, questo non ha comportato comunque a conseguenze neurologiche maggiori. Non vi sono proposte terapeutiche dal punto di vista neurologico se non quella, in caso di persistenza dei sintomi

alla mano destra, di prendere in considerazione un intervento decompressivo del canale carpale. (...)” (sottolineature del redattore; pag. 871-872 inc. AI) Il perito ha concluso che la sindrome del tunnel carpale “non provoca limitazioni funzionali ulteriori rispetto a quanto documentato in passato, concernente la sindrome cervicale post operatoria ” (pag. 872 inc. AI) e che l’attuale situazione neurologica non ha apportato alcuna modifica all’incapacità lavorativa sinora certificata (pag. 876 inc. AI). Anche il dr. med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ nel rapporto 16 gennaio 2018, prodotto dal ricorrente, non ha riscontrato un cambiamento clinico, valutando come segue i dolori cronici cervicali: " (...) Dalla nostra ultime valutazione, ossia dal 4.5.2016 ad oggi, il quadro clinico non è cambiato, per quanto rimanga una chiara ipoestesia alle prime tre dita della mano destra, in particolare al II e III, con una lieve difficoltà nella prensione con la mano destra. Ho ripreso in considerazione tutta la storia clinica, a partire dai 1995, anno in cui fu effettuato l'intervento di discectomia C5/C6, basandomi sulla valutazione peritale del Dr \_\_\_\_\_: nel corso degli anni si è assistito ad una cronicizzazione dei dolori sia cervicali, che agli arti superiori, probabilmente per più fattori (inversione della lordosi cervicale, alterazioni degenerative a carico dei segmenti adiacenti a quello stabilizzato), ma fortunatamente senza comparsa di nuovi deficit neurologici, oltre all'ipo-estesia alle prime 3 dita della mano. Desidero segnalare che l'assenza di indicazione chirurgica non equivale ad una assenza di limitazioni funzionali, dovuto appunto ad un dolore cronico. (...)” (sottolineatura del redattore; pag. 912. inc. AI) L’assicurato ha poi prodotto un certificato datato 24 novembre 2017 del medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, il quale attesta come dal punto di vista funzionale “ si si possa obiettare relativamente poco (in particolare sdr. tunnel carpale destro di grado lieve-moderato) è fortemente debilitato da cervicalgie cronico-ricidivanti su degenerazione diffuse e canale spinale stretto”. Rileva inoltre che il suo paziente soffre di “un’importante iposmia, una netta riduzione del flusso nasale destro ed un persistente tinnito a destra, condizioni che pure lo possono senz’altro debilitare nella vita quotidiana ” (pag. 914 inc. AI). Dal rapporto 1° febbraio 2018 del Servizio ORL dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ risulta che all’assicurato è stata riscontrata una sensazione di ostruzione nasale lateralizzata a destra e una iposmia nell’ambito di una persistente rinite crostosa anteriore bilaterale ed eritema diffuso delle mucose laterali, con discussione di un eventuale intervento di settoplastica (pag. 916 inc. AI). Da ultimo, agli atti risulta lo scritto 29 gennaio 2018 del dr. med. \_\_\_\_\_ in cui è certificata un’incapacità lavorativa a causa delle problematiche cervicali e all’arto superiore destro (pag. 915 inc. AI). Quest’ultimi atti sono stati analizzati dal perito neurologo, il quale nel complemento dell’11 aprile 2018 ha concluso: " (...) In riferimento agli aspetti neurologici la nuova documentazione non mette dunque in evidenza reperti oggettivi significativi. In particolare i dolori cronici cervicali sono stati presi in considerazione nella valutazione neurologica e la valutazione del Dott. Valci di dicembre 2017 conferma i reperti essenzialmente descritti nella perizia neurologica. La situazione è riferita come sostanzialmente stabile. Le patologie in ambito ORL descritte (diminuzione dell'olfatto e rinite cronica) non determinano una incapacità lavorativa. Ritengo che per quel che riguarda gli aspetti di competenza neurologica non vi siano nuovi elementi che portino a modificare la valutazione dell'ottobre 2017.” (sottolineatura del redattore, pag. 925 inc. AI) 2.5.3. Visto quanto sopra il SMR ha pertanto confermato la stabilità del quadro clinico (cfr. annotazioni 30 ottobre 2017 e 16 aprile 2018 in doc. 263 e 278 inc. AI). L’assicurato per contro sostiene un peggioramento delle sue condizioni di salute. Rimarcando di non essere un simulatore, ha sostenuto che la sintomatologia sia somatica che psichica devono essere debitamente tenute in

considerazione, ritenendo che le stesse giustificano un aumento del grado d'invalidità valutato nel 2003. 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid.

#### **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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche esterne (art. 44 LPGGA) eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.7. Ritornando al caso concreto, da un attento esame degli atti questo TCA può concludere come lo stato di salute sia rimasto sostanzialmente stabile rispetto a quanto accertato nella perizia pluridisciplinare del 2006. Detto diversamente, non sono subentrati rilevanti peggioramenti giustificanti un aumento del grado d'invalidità. Questo per i motivi che seguono. Per quel che concerne l'aspetto psichiatrico va fatto presente che il perito dr. med.

\_\_\_\_\_ ha proceduto ad una valutazione dettagliata, completa e priva di contraddizioni, confermando del resto la precedente perizia extra-somatica del dr. med. \_\_\_\_\_ eseguita nell'ambito della perizia SAM del 2006. Né del resto lo psichiatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha posto una diagnosi diversa da quella definita dal perito psichiatrico. Nel citato scritto del 28 dicembre 2017 (cfr. consid. 2.5.1), esaminate la perizia neurologica e quella psichiatrica, egli ha rilevato "come i due colleghi periti si siano attenuti essenzialmente alle "valutazioni oggettive" del caso, senza veramente tenere conto della sofferenza soggettiva descritta dal signor RI 1; sofferenza ben segnalata dalla perizia del dr. \_\_\_\_\_ che a diverse riprese descrive un paziente che deve spesso muoversi nel corso dell'esame poiché attanagliato dalle algie che toccano la colonna cervicale ed i 2 arti superiori". Orbene, a prescindere dal fatto che le due perizie sono state svolte considerando anche la parte soggettiva dell'assicurato e che la valutazione della capacità lavorativa deve essere eseguita sulla base di criteri oggettivi, la problematica alla colonna vertebrale ed agli arti superiori concerne l'aspetto somatico dell'assicurato. A tal riguardo il perito neurologo dr. med. \_\_\_\_\_ ha riportato la sintomatologia soggettiva (cfr. punto no. 3.5 "Affezioni attuali"), procedendo in seguito all'esame clinico dal quale, come visto al consid. 2.5.2., è risultato che " non si trovano reperti rilevanti a livello degli arti inferiori, del braccio sinistro e dei nervi cranici. La mobilità della colonna cervicale è relativamente ridotta e lievemente dolente, non vi è però una irradiazione algica agli arti superiori che faccia sospettare una irritazione radicolare cervicale. Non si trovano deficit motori agli arti superiori. Vi è un deficit sensitivo alla mano destra verso le dita II-III. L'esame elettroencefalografico conferma in reperto indicativo di una sindrome del tunnel carpale a destra di entità da lieve a moderata. Ritengo che quest'ultima sia la responsabilità principale dei sintomi alla mano destra descritti dal paziente. A livello cervicale infatti non si rilevano possibili lesioni delle strutture nervose correlanti con questo reperto, ci si aspetterebbe in effetti una compressione radicolare C7 a destra non visibile sulle indagini neuroradiologiche a disposizione." Il perito ha poi concluso che " non si può inoltre affermare che si è verificato un peggioramento oggettivo della problematica cervicale rispetto a quanto descritto e constatato in passato" e che la sindrome del tunnel carpale (definita di entità da lieve a moderata) " non comporta limitazioni funzionali maggiori e può essere risolta, se non migliora con misure conservative, con un intervento decompressivo del canale carpale". Va poi ricordato che il perito ha tenuto conto delle valutazioni del neurologo del dr. med. \_\_\_\_\_, tra le quali quella più recente del dicembre 2017 alla base del rapporto 16 gennaio 2018 (pagg. 912/3 inc. AI). Infatti nel complemento peritale dell'11 aprile 2018 (cfr. consid. 2.5.2) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che " i dolori cronici cervicali sono stati presi in considerazione nella valutazione neurologica (quella peritale n.d.r.) e la valutazione del Dott. \_\_\_\_\_ di dicembre 2017 conferma i reperti essenzialmente descritti nella perizia neurologica. La situazione è riferita come sostanzialmente stabile". Le (nuove) problematiche ORL, come evidenziato nel succitato complemento peritale, non sono state giustamente ritenute invalidanti. In conclusione, senza misconoscere la sintomatologia accusata dall'assicurato, ritenuto che le affezioni somatiche e psichiche non sono peggiorate in maniera rilevante, rettamente l'ufficio AI ha respinto la domanda di aumento della rendita. Ne consegue che, confermata la decisione contestata, il ricorso va respinto. 2.8. 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 complessivi fr. 500.- vanno a carico del ricorrente.

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