

TI_GERICHTE 32.2021.121 vom 4. Oktober 2021

TI Tribunale d'appello, 2021-10-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.121

FR: TI_GERICHTE 32.2021.121 du 4 octobre 2021

IT: TI_GERICHTE 32.2021.121 del 4 ottobre 2021

Erwägungen

E. 14

dicembre 2017). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF ha stabilito che 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, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'afezione psichica la diagnosi non è più centrale. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4, pag. 261; 115 V 133 consid. 2., pag. 134; 114 V 310 consid. 3c, pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena

conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c in fine con rinvii). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). 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). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione 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 alla 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 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a cc) 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). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale

prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.6. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, l'UAI, al fine di accertare lo stato valetudinario dell'assicurato, ha conferito mandato al _____ di procedere ad una perizia pluridisciplinare internistica, cardiologica, psichiatrica e reumatologica (cfr. supra consid. 1.5.). Gli accertamenti degli specialisti sono confluiti nel rapporto peritale del 19 agosto 2019 (cfr. supra consid. 1.6.). Considerate le osservazioni dell'assicurato al successivo progetto di decisione con il quale veniva prospettato il rifiuto delle prestazioni, non potendo escludere un peggioramento dello stato valetudinario del signor RI 1, è stata fatta esperire una perizia pluridisciplinare di decorso che, oltre alle discipline di cui sopra, comprendeva anche dei test psicodiagnostici (cfr. supra consid. 1.9.). Gli accertamenti di decorso sono confluiti nel rapporto peritale del 13 luglio 2021 (cfr. supra consid. 1.10), posto alla base – unitamente al rapporto SMR del 19 luglio 2021 – della decisione impugnata (cfr. supra consid. 1.11. e segg.). La valutazione medico-teorica operata dai periti conclude che dal 1. maggio 2018 l'assicurato era completamente abile al lavoro in attività adeguata ai limiti funzionali accertati (cfr. supra consid. 1.7. e 1.10.), conclusioni fatte proprie dal medico AI (cfr. supra consid. 1.10.). Il ricorrente contesta la valutazione medico-teorica operata dai periti, con argomentazioni di cui si dirà, per quanto necessario, di seguito (cfr. infra consid. 2.7.1. e seg.).

2.7. In casu, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ha motivo per mettere in dubbio le conclusioni peritali di cui ai rapporti _____ del 19 agosto 2019 e del 13 luglio 2021, da considerare dettagliati, approfonditi e quindi rispecchianti i surriferiti parametri giurisprudenziali.

2.7.1. Come accennato (cfr. supra consid. 2.6. in fine), il ricorrente contesta le conclusioni peritali. In prima battuta, a mente sua la patologia cardiaca unitamente all'epicondilite ulnare e “ ad altre di minor entità [...] e alle prescrizione farmacologiche [...] provocano dal profilo oggettivo [...] delle limitazioni oggettive [...] che no (sic!) sono unicamente il carico massimo di 5kg [limite funzionale accertato dai periti, n.d.r.], a una stanchezza/spossatezza che si rileva già dopo poco tempo [...]. Evidentemente questo senso di sfinimento porta anche a una perdita di concentrazione e a difficoltà nell'eseguire lavori di precisione. Si ritiene quindi la valutazione data dall'AI oggettivamente scorretta e arbitraria ” (doc. I, pag. 2). A tal proposito, si rileva che l'insorgente non ha prodotto o rinviato ad alcuna documentazione medico-specialistica atta a suffragare la sua contestazione, rispettivamente, ad inficiare le conclusioni peritali. Dalle tavole processuali non emerge inoltre alcuna refertazione medica che non sia stata considerata dai periti. È dunque a ragione che l'UAI aveva, nella decisione formale, definito

le contestazioni del ricorrente già sollevate nell'opposizione al progetto di decisione quale " valutazione soggettiva del signor RI 1 ", rilevando come " non viene fornita alcuna nuova documentazione medica dettagliata a sostegno di quanto indicato. " (doc. A1). Sul punto, dunque, ricordato come le due perizie del _____ in casu rispettano i parametri giurisprudenziali determinanti, configurando essa una mera contestazione generica, la doglianza del ricorrente risulta inconferente. Al proposito è bene ricordare che – come osservato con pertinenza dall'UAI in sede di risposta (doc. X, pag. 2) – il principio inquisitorio che vige nella procedura delle assicurazioni sociali non è da intendere quale principio assoluto ma trova il suo correlato nel dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 157, consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c con rinvii). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa ed ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con rinvii). Nell'evenienza concreta la patrocinatrice del ricorrente si è limitata a contestare refertazioni medico-specialistiche di esperti esterni indipendenti alle quali, come visto, va attribuita forza probante piena. Infatti, la contestazione afferente al " profilo fisico " non ha alcuna base oggettiva ma configura una mera doglianza soggettiva del ricorrente priva di qualsiasi supporto probatorio; a tal proposito, non può certo essere il TCA a dover creare argomentazioni pertinenti e nessi logici a favore del ricorrente, a maggior ragione se rappresentato da una legale. 2.7.2. Il ricorrente contesta inoltre le conclusioni del perito psichiatra, dr. _____ (doc. I, pag. 3), prevalendosi di un rapporto datato 19 ottobre 2021 del curante specialista, dr. _____ (doc. A2). Per quanto attiene alla valutazione medico-teorica del perito, egli ha fondato le proprie conclusioni sulla base di tutta la documentazione agli atti (ad eccezione del rapporto del dr. _____ poc' anzi citato), ivi inclusa la precedente perizia del 19 agosto 2019 (cfr. doc. 55, pagg. 230 e 233 incarti AI), ritenendo la sindrome ansioso-depressiva (ICD10-F41.2) ininfluenza sulla capacità lavorativa, come peraltro già rilevato nella precedente perizia del 2019 (doc. 100, pag. 421 e segg. incarto AI; cfr. supra consid. 1.6.). Le conclusioni del perito sono state formulate anche tenendo conto dei risultati del test psicodiagnostici (cfr. supra consid. 1.9.) che hanno evidenziato una palese tendenza all'esagerazione della sintomatologia (doc. 100, pagg. 361, 416 ed in particolare la pag. 427 incarto AI). Da parte sua, il ricorrente si è limitato a riportare, parafrasandola, l'attestazione del curante dr. _____ (specialista in psichiatria e psicoterapia) presentata in sede ricorsuale secondo cui il signor RI 1, a causa della patologia psichiatrica, è " inabile al lavoro nella misura del 100%, in qualsiasi attività, a partire dal mese di settembre 2020 ." (doc. A2). Il curante non spende tuttavia una parola in merito alle risultanze peritali, limitandosi ad esprimere una sua valutazione a compartimento stagno. Essendo le conclusioni dei due psichiatri antitetiche, si è resa necessaria una nuova presa di posizione – su richiesta del medico AI – da parte del perito psichiatra che, con scritto del 26 gennaio 2022, si è così espresso: "Ho preso visione del rapporto medico del 19.10.2021 redatto dal collega psichiatra Dr. _____ di _____ e degli scritti della rappresentante legale dell'A. Per quanto attiene alla parte strettamente psichiatrica rilevo che lo psichiatra curante ha segnalato la presenza di un quadro clinico di maggiore gravità rispetto a quello da me valutato nell'ambito dell'ultima perizia _____ ma, tenuto conto che a seguito delle pressoché medesime motivazioni addotte dallo psichiatra curante si era ritenuto di rivalutare la situazione giungendo da parte mia alla stessa diagnosi che era stata posta in occasione della prima perizia _____,

cosa che tra l'altro ha trovato una ulteriore conferma dalla effettuazione di alcuni esami psicodiagnostici che sono stati volti a sondare l'attendibilità della sintomatologia accusata dal soggetto e a precisarne il profilo di personalità, sono a confermare le mie conclusioni peritali e non ritengo indicato proprio alla luce di queste considerazioni procedere con un aggiornamento dello stato di salute dell'A. ” (doc. X 2). A tal proposito, il medico AI dr. _____ (specialista in psichiatria) così si è espresso: “ Ho preso visione della risposta del _____, in particolare del perito psichiatrico Dr. _____, completa ed esaustiva e a cui intendo allinearli. Le precedenti prese di posizione SMR sono confermate. ” (doc. X 1 e 3). Come accennato, al riguardo il ricorrente non ha più preso posizione rispettivamente non ha presentato nuovi mezzi di prova nel termine impartitogli da questa Corte (cfr. supra consid. 1.16. in fine). Ne consegue che anche la contestazione afferente alla perizia psichiatrica risulta inconferente. 2.8. In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze delle perizie pluridisciplinari _____ del 19 agosto 2019 e del 13 luglio 2021 e la successiva presa di posizione del dr. _____ del 26 gennaio 2022, alle quali va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.5.), richiamato inoltre l'obbligo che incombe alla persona assicurata 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 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360 consid. 5b; DTF 125 V 193 consid. 2 e i riferimenti ivi citati) che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 55% dal 20 ottobre 2020 nell'attività precedente di magazziniere, mentre in un'attività adeguata egli risulta abile al lavoro in misura completa dal 1. maggio 2018 (cfr. supra consid. 1.10. e 1.11.: in concreto il refuso dell'amministrazione risulta ininfluenza ai fini del giudizio). 2.9. Il ricorrente non ha contestato il calcolo del grado d'invalidità effettuato dall'amministrazione (cfr. doc. I) e questo Tribunale non intravede motivi per non confermarlo. Visto tutto quanto precede, la decisione impugnata deve essere confermata ed il ricorso respinto. 2.10. Con il ricorso il ricorrente asserisce di essere “ sin d'ora disposto a essere sottoposto a una chiara perizia psichica neutra, che tenga conto di tutte le risultanze oggettive e soggettive rilevate non solo dello specialista curante, ma anche dagli specialisti incaricati dall'AI ”. (doc. I, p.to 4). Qualora tale asserzione fosse da interpretare quale assunzione di ulteriori mezzi di prova, questo Tribunale ritiene che la documentazione agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per statuire nel merito della presente vertenza senza che si renda necessaria l'assunzione di ulteriore materiale probatorio. Giova al proposito ricordare che quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, pag. 47 n. 63; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGA in combinazione con gli art. 61

lett. a e f bis LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021) 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; 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). 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.