

TI_GERICHTE 32.2022.45 vom 24. Mai 2022

TI Tribunale d'appello, 2022-05-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2022.45

FR: TI_GERICHTE 32.2022.45 du 24 mai 2022

IT: TI_GERICHTE 32.2022.45 del 24 maggio 2022

Regeste

Revisione con riduzione della rendita da intera ad un quarto. Conferma perizia psichiatrica. Rinvio per valutazione somatica e per esaminare eventuali provvedimenti professionali di un assicurato, ultra 55enne, da oltre 30 anni beneficiario di una rendita intera

Erwägungen

E. 2

Cost. fed., le parti hanno diritto di essere sentite. Tale diritto ha valenza formale. La sua violazione conduce di massima, indipendentemente dalla fondatezza delle censure di merito, all'accoglimento del ricorso e all'annullamento della decisione impugnata (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17 con rinvio alla DTF 137 I 195 consid. 2.2 pag. 197). Il diritto di essere sentito serve da un lato all'accertamento dei fatti e da un altro lato comprende la facoltà per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione, che interviene a modificare la posizione giuridica dell'interessato, segnatamente se il provvedimento si rivela sfavorevole nei suoi confronti. Egli ha diritto di consultare l'incarto, di offrire mezzi di prova su punti rilevanti, di esigerne l'assunzione (partecipando alla stessa) e di potersi esprimere sulle relative risultanze. Il diritto di essere sentito, quale diritto di cooperare alla procedura comprende tutte le facoltà che devono essere concesse a una parte, in modo tale che essa in una procedura possa difendere efficacemente la sua tesi. Perché ciò possa essere realizzato, la parte ha anche il diritto di essere informata previamente e in maniera adeguata dall'autorità sulla procedura per quanto attiene alle tappe decisive per il giudizio. Non è possibile in maniera generale e astratta stabilire in quale misura si estende questo diritto, ma occorre soppesare le circostanze concrete (DTF 144 I 11 consid. 5.3 pag. 17; 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293; 135 I 279 consid. 2.3 pag. 282; DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (STF U 397/05 del 24 gennaio 2007 con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). Come emerge dalla STF 8C_482/2018 del 26 novembre 2018 consid. 4.4.2, una violazione non particolarmente grave del diritto di essere sentito può essere eccezionalmente sanata, quando la persona interessata ha la possibilità di esprimersi dinanzi a un'autorità di ricorso che valuta liberamente la censura presentata dal ricorrente, ossia nel caso specifico un tribunale, che può esaminare liberamente sia l'accertamento (e l'apprezzamento) dei fatti sia l'applicazione

del diritto (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Si può prescindere da un rinvio della causa all'autorità precedente persino in caso di grave violazione del diritto di essere sentito: una tale eventualità si realizza se l'annullamento della decisione viziata comporterebbe un inutile formalismo e in definitiva una tale soluzione condurrebbe a ritardi superflui, i quali non sarebbero compatibili con l'(equivalente) interesse della parte di essere sentita nell'ambito di una celere trattazione della procedura di merito (DTF 142 II 218 consid. 2.8.1; DTF 133 I 201 consid. 2.2; STF 8C_842/2016 del 18 maggio 2017 consid. 3.1 con riferimenti). Giova comunque ricordare che il principio di celerità (art. 52 cpv. 2 e 61 lett. a LPG), caposaldo della procedura delle assicurazioni sociali, non è preminente e tale da porre in secondo piano il diritto di essere sentito e l'obbligo di chiarire i fatti con la necessaria diligenza (STF 8C_433/2018 del 14 agosto 2018 consid. 5.1 e STF 8C_210/2013 del 10 luglio 2013 consid. 3.2.1 con riferimenti). Nel caso in esame, va fatto presente che l'incarto completo dell'assicurato, tra cui la perizia del dr. _____, è stato trasmesso, come da procura (doc. 127), dall'Ufficio AI allo studio medico _____ (cfr. scritti del 24 febbraio 2022 in doc. 128 e 129). In fase di audizione, con complemento peritale 25 aprile 2022 il dr. med. _____ si è espresso in merito alle critiche della legale contenute nelle osservazioni al progetto di decisione ed al rapporto 11 marzo 2022 del citato studio medico (cfr. consid. 1.2). In queste circostanze, come pertinentemente rilevato in sede di risposta di causa, l'assicurato era al corrente dell'apprezzamento peritale. Certo il complemento peritale 25 aprile 2022 – in cui il dr. med. _____ ha confermato la propria valutazione – non è stato trasmesso all'assicurato, ma solo citato nelle motivazioni della decisione contestata. Determinante tuttavia è che l'insorgente, rappresentato da una legale, anche senza il complemento peritale in questione, ha comunque potuto comprendere le motivazioni alla base della decisione impugnata e le ha diffusamente contestate in questa sede con il presente ricorso. Inoltre, nell'ambito della procedura ricorsuale con le osservazioni 16 settembre 2022 il rappresentante dell'assicurato ha potuto inoltrare le proprie considerazioni al suddetto complemento peritale, producendo inoltre la presa di posizione 5 settembre 2022 dello studio medico _____ (cfr. 1.5). Siccome il TCA dispone di un pieno potere di esame (cfr. anche STF 8C_923/2011 del 28 giugno 2012, consid. 2.3) e, in applicazione del principio inquisitorio, può assumere le prove che ritiene necessarie per il chiarimento della fattispecie (art. 61 lett. c LPG), l'eventuale violazione del diritto di essere sentito è stata sanata. Questo Tribunale può pertanto entrare nel merito del ricorso.

E. 2.2

Oggetto del contendere è sapere se a giusta ragione, oppure no, l'Ufficio AI ha ridotto il diritto dell'assicurato da una rendita intera ad un quarto rendita, con effetto dal 1° agosto 2022 (primo giorno del secondo mese seguente la notifica della decisione ai sensi dell'art. 88 bis cpv. 2 lett. a OAI). Va anzitutto rilevato che il 1° gennaio 2022, ossia prima dell'emanazione della decisione impugnata, è entrata in vigore una (importante) modifica della LAI e dell'OAI denominata "Ulteriore sviluppo dell'AI" e che concerne (anche) il diritto alla rendita (cfr. RU 2021 705). Per la disamina del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza, di norma, occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1, pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329). Tornando alla modifica legislativa di cui sopra, si rileva che il calcolo delle rendite, il cui diritto era sorto sotto l'egida del precedente sistema, viene effettuato

secondo il nuovo sistema se nell'ambito di una revisione il grado d'invalidità subisce una modificazione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGa (ossia di almeno 5% o un aumento fino al 100%) e l'assicurato, al momento dell'entrata in vigore della modifica legislativa di cui sopra, non aveva ancora compiuto 55 anni (Disposizione transitoria lett. b cpv. 1 della modifica del 19 giugno 2020 (Ulteriore sviluppo dell'AI); cfr. anche Moser, Die Weiterentwicklung der Invalidenvorsorge in der Ersten und Zweiten Säule - «stufenloses» Rentensystem, vorsorgliche Leistungseinstellung, in: BVG-Tagung 2022 Aktuelle Fragen der beruflichen Vorsorge, pag. 7). Per contro, qualora al momento dell'entrata in vigore della modifica legislativa l'assicurato aveva già compiuto (almeno) 55 anni e il suo diritto alla rendita era sorto sotto l'egida del precedente sistema, quest'ultimo trova applicazione in virtù della protezione della situazione acquisita (Besitzstandsschutz) conferita dalla citata Disposizione transitoria, circostanza peraltro desumibile anche dalla Disposizione transitoria lett. c (cfr. Moser, op. cit., pag. 8 e 10; Dupont, Weiterentwicklung der Invalidenversicherung: Was bringt sie wem?, in: Recht Aktuell: 5. Basler Sozialversicherungstagung «Sozialversicherungsrecht zwischen Dynamik, Reform und Kontinuität» 2021, pag. 12 [con refuso, n.d.r.]; Hürzeler, Diritto delle assicurazioni sociali, in: Formazione continua e aggiornamento per giuristi 2021, pag. 29; UFAS, Bollettino della previdenza professionale nr. 156 del 1. luglio 2021, n. 1067, p.to B.4.a.; ASIP, Fachmitteilung Nr. 127 del 25 agosto 2021: 7. IV-Revision: stufenloses Rentensystem, pto. 3.2.). In tal senso il marg. 9200 CIRAI (Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità, valida dal 1° gennaio 2022) prevede che “le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 non hanno ancora compiuto 55 anni (persone nate negli anni dal 1967 al 2003) sono trasferite nel nuovo sistema di rendite lineare (art. 28b LAI), se sono adempiute le condizioni di cui all'articolo 17 LPGa (modificazione del grado d'invalidità di almeno 5 punti percentuali)”. Secondo il marg. no. 9102 CIRAI in merito alla determinazione del diritto applicabile nel caso di prima concessione di rendite con quote decrescenti o a tempo determinato e casi di revisione, prevede “che se la modifica determinante avviene prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. Se la modifica determinante avviene dopo il 31 dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica determinante è determinata secondo l'articolo 88a OAI (v. N. 5500 segg.).” Infine, il marg. no. 9200 CIRAI prevede che “le rendite correnti delle persone assicurate che il 1° gennaio 2022 hanno già compiuto 55 anni (uomini nati negli anni dal 1957 al 1966; donne nate negli anni dal 1958 al 1966) rimangono nel vecchio sistema di rendite anche in caso di revisione del diritto alla rendita. A queste persone restano pertanto applicabili le disposizioni legali nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2021”. Nel caso in esame è applicabile la Disposizione transitoria lett. c (cfr. marg. no. 9200 CIRAI) poiché al momento dell'entrata in vigore della modifica legislativa (1° gennaio 2022) l'assicurato, essendo nato il 28 aprile 1966, aveva già compiuto 55 anni e quindi nel concreto si applicano le norme sostanziali in vigore fino al 31 dicembre 2021, anche se la modifica del diritto alla rendita è avvenuta nel 2022 e la decisione contestata emessa il 24 maggio 2022. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la

conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

E. 2.4

Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta

proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). 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 (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 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. 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. il regesto di DTF 133 V 108: "... il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione costituisce, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi"; cfr. anche Valterio, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n.16, pag. 502). Le comunicazioni ai sensi dell'art. 74ter OAI possono essere utilizzate come base per il confronto nel tempo, a condizione che siano il risultato di un esame sostanziale del diritto (STF 9C_350/2014 dell'11 settembre 2014 consid. 2.2. citato in Valterio, op. cit., art. 31 nota a piè pagina 59, pag. 502). 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). Determinante è l'ultima decisione cresciuta in giudicato, fondata su un esame materiale del diritto alla rendita (SVR 2021 IV N. 2). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). 2.5. Nel caso concreto, dal 1° marzo 1991 l'assicurato ha diritto ad una rendita intera fondata sulla perizia 15 febbraio 1991 del dr. med. _____, il quale lo aveva ritenuto affetto da nevrosi ipocondriaca e totalmente inabile in qualsiasi attività (doc. 10). La rendita intera è stata confermata, tramite successive revisioni, con comunicazioni del 7 dicembre 1993, 23 gennaio 1996, 16 febbraio 1998, 3 agosto 2001, 25 ottobre 2005, 25 novembre 2009, 31 marzo 2011 (doc. 21, 27, 38, 45, 54, 69). Da ultimo, fondandosi sul rapporto 23 giugno 2016 dello psichiatra curante dr. med. _____ – che ha diagnosticato un disturbo ansioso-depressivo in struttura di personalità emotivamente instabile di tipo impulsivo e grave somatizzazione dell'anca con attestata un'incapacità lavorativa del 100% dal 1990 (doc. 91) –, con comunicazione del 27 giugno 2016 l'Ufficio AI ha confermato la rendita intera (doc.92). 2.6. Nel marzo 2021, dopo una segnalazione anonima (cfr. doc. 133), l'Ufficio AI ha avviato d'ufficio una procedura di revisione (doc. 93). Con annotazioni 20 settembre 2022 il SMR ha ritenuto necessario una valutazione psichiatrica, poiché dall'esame della documentazione raccolta "... non vi è evidenza almeno dal 2017 di una presa a carico medico-psichiatrica, neppure occasionale. Vi sono state alcune visite occasionali con lo psicologo delegato. Dal tutto saltuaria e occasionale la presa di medicinali" (doc. 105). Di conseguenza, l'Ufficio AI ha ordinato una perizia psichiatrica a cura del dr. med. _____. Dal suo rapporto 24 dicembre 2021 (doc. 119) risulta che lo specialista in psichiatria e psicoterapia, seguendo il catalogo delle domande peritali (pag. 299 inc. AI), ha proceduto al consueto riassunto degli atti di pertinenza psichiatrica, all'anamnesi (fra cui le informazioni spontanee fornite dal peritando, l'evoluzione della malattia e dei disturbi soggettivi, l'esposizione dettagliata dello svolgimento della giornata tipica dell'assicurato, l'elenco dei trattamenti seguiti, le aspettative future e le attività professionali e l'integrazione), all'esame clinico, ad approfondimenti testali, per poi proseguire con la discussione e la valutazione medico e medico – assicurativa . Egli ha posto, quale diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa, un disturbo di personalità misto, con tratti ansiosi, narcisistici, ipocondriaci (ICD 10 – F61.0; cfr. 6 della perizia). Nell'ambito della valutazione dei reperti, il dr. med. _____ ha in particolare evidenziato (sottolineature del redattore): " Il soggetto è stato giudicato originariamente inabile al lavoro per somatizzazioni dell'ansia e disturbo ipocondriaco. Tali aspetti sono presenti sin dalla prima età adulta, configurando un disturbo di personalità e possono effettivamente essere andati incontro, in alcune fasi della vita dell'assicurato, a dei momenti di recrudescenza sintomatologia e di scompenso, che hanno giustificato i ricoveri e la presa a carico specialistica importante del passato. Nel complesso, le risorse personali dell'assicurato sono però assai valide, se si pensa che da solo egli è riuscito a liberarsi da una condizione di dipendenza pluriennale da sostanze psicoattive multiple. Anche le ricadute nell'abuso di alcool, nel corso degli anni, sono state controllate efficacemente e da solo, nonostante permangano dei fattori di stress esterni che talvolta destabilizzano l'individuo. La rendita di invalidità è sempre stata confermata d'ufficio, senza che sia stato fatto un precedente approfondimento peritale, basandosi solo sulle

certificazioni dei curanti, i quali attestavano uno stato clinico invariato. Della diagnosi di depressione maggiore, certificata in passato dal Dr. _____, attualmente non vi è alcuna traccia, né diretta né indiretta, posto che da anni non viene neppure prescritto alcun farmaco antidepressivo. La terapia farmacologica attuale risulta più blanda rispetto al passato, prevedendo soltanto due farmaci ansiolitici, assunti con funzione ipnotica alla sera. Stando all'estratto della cassa malattia, l'assunzione dei due principi attivi non sembra neppure costante. Le consultazioni presso lo psicologo sono inoltre occasionali e non configurano neppure una psicoterapia di sostegno. Il dato oggettivo di uno status quasi normale, eccettuata l'ansia, è in linea con l'assenza di una presa a carico strutturata, con l'assenza di ricoveri psichiatrici recenti, con il funzionamento generale buono, con i traguardi sociali raggiunti e con l'ammissione del periziando di essere migliorato da cinque anni a questa parte. Il tutto si presenta coerente, sebbene l'assicurato dissimuli parzialmente le sue competenze, esprimendo soprattutto dei dubbi sulla sua capacità di tenuta lavorativa nel tempo." (punto n. 7.1 della perizia) Quanto al capitolo "valutazione di capacità, risorse e problemi" (punto no. 7.4 della perizia), il perito ha rilevato (sottolineatura del redattore): " Il periziando ammette, e contemporaneamente nega, di avere delle risorse sul piano lavorativo, mostrandosi visibilmente in imbarazzo di fronte al perito ed esprimendo una certa ansia da prestazione, soprattutto quando viene confrontato con i test. Dopo aver dichiarato un miglioramento da cinque anni a questa parte, l'assicurato dice che se qualcuno gli trovasse una medicina per stare meglio, lui la prenderebbe e lavorerebbe. Dopo aver ammesso di poter fare "qualche oretta di lavoro", dichiara di non poterlo fare tutti i giorni, a causa delle recrudescenze imprevedibili dei suoi sintomi fisici e psichici. Complessivamente, tuttavia, i dati oggettivi che depongono per una malattia mentale sono scarsi. I segni obiettivi, anche fisici, denotano che l'assicurato fa diverse attività manuali quotidiane, alcune delle quali sono da lui ammesse pacificamente. L'investimento del soggetto sulla realtà esterna è costante e buono, in diversi ambiti. L'integrazione sociale è del tutto soddisfacente, ad eccezione dei gravi conflitti intra-famigliari perenni. La valutazione funzionale attuale, volta a definire adeguatamente la capacità lavorativa sul piano medico teorico, deve quindi tenere conto di tutti gli aspetti presi nel loro insieme e adeguatamente integrati. Da un lato non si vogliono negare le fragilità caratteriali del periziando, alle quali deve essere riconosciuto un peso medico teorico ragionevole, che in passato sono costate diversi ricoveri in psichiatria e che hanno richiesto una presa a carico specialistica ambulatoriale per diversi anni. Dall'altro lato non si possono però misconoscere le svariate risorse presenti, che attualmente sono sicuramente maggiori dei limiti e che vanno ponderate di conseguenza in misura maggiore. Questa osservazione è in linea con le affermazioni del periziando, che dice di aver imparato a conoscersi, che si reputa migliorato da cinque anni a questa parte, che ha raggiunto importanti traguardi come la casa di proprietà, che praticamente non è più in cura psichiatrica, che assume una blanda ansiolisi serale, che vede lo psicologo raramente, che si occupa della cascina, che non ha più fatto ricoveri in psichiatria, che fa diverse attività per sé stesso e per dei conoscenti anche fisicamente impegnative, che si presenta meno ipocondriaco del passato, rinunciando persino a fare la vaccinazione contro il Covid, o un intervento per idrocele che è attualmente indicato." In merito alla capacità lavorativa il dr. med. _____ ha ritenuto: " Visto quanto ho descritto, si può quindi asserire, con verosimiglianza preponderante, che il periziando presenta una capacità funzionale almeno del 60%, quindi leggermente maggiore rispetto ai suoi limiti, che vanno anch'essi riconosciuti su un piano medico teorico nella misura di un 40%. Il limite di rendimento del 40% è puramente teorico e prudenziale,

ma considerato quello che il periziando obiettivamente sta facendo, sia per se stesso che per altri, anche senza tener conto della segnalazione anonima, ma basandosi solo sulle sue ammissioni, tale limite potrebbe forse essere superato nella pratica. In questo senso è indicato ed esigibile un accertamento pratico della capacità lavorativa, per statuire se la capacità funzionale residua dell'assicurato possa essere maggiore del 60% che ho definito a livello medico teorico." (pag. 327) Il perito non ha infine individuato provvedimenti sanitari volti a migliorare la capacità lavorativa poiché "l'assicurato ha trovato il miglior compromesso possibile, come mostrano i traguardi che egli ha raggiunto negli ultimi anni e le attività che riesce a fare". (pag. 328) Con il presente ricorso l'assicurato contesta la perizia psichiatrica, in particolare l'accertato miglioramento della patologia psichiatrica.

2.7. 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.

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 Bundesgerichts zum IVG, 2014, 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). 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/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) 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 poi rilevato 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 p. 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/RSAS 1999 p. 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). 2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale 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 Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). 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, pagg. 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). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 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'affezione 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). 2.9. Questo Tribunale, dopo attento esame della documentazione medica agli atti non vede ragioni per scostarsi dalla perizia psichiatrica del dr. med. _____ resa con rapporto 24 dicembre 2021. Con riferimento al consid. 2.7., la perizia risulta completa, priva di contraddizioni e concludente, rispecchiante i parametri posti dalla giurisprudenza, inclusi gli indicatori, avendo il perito impostato la sua valutazione secondo il catalogo delle domande peritali edito dall'UFAS allegato al mandato peritale (doc. 114). Nelle succitate prese di posizioni 25 aprile 2022 e 27 settembre 2022 il perito ha convincentemente risposto alle divergenti considerazioni espresse l'11 marzo 2022 e 5 settembre 2022 dei curanti. In particolare questo TCA rileva quanto segue. Nel complemento peritale del 25 aprile 2022 il dr. med. _____ ha ben spiegato i motivi per cui si è discostato dal "disturbo ansioso-depressivo in struttura di personalità emotivamente instabile di tipo impulsivo" diagnosticato dallo psichiatra dr. _____ nel rapporto 23 giugno 2016 (doc. 92) e da quest'ultimo ribadito nella presa di posizione 11 marzo 2022 in cui, oltre a confermare la sindrome depressiva, ha utilizzando il codice ICD 10 F. 60.1 che corrisponde al disturbo schizoide di personalità (pag. 393). In particolare, il perito ha evidenziato: " Ribadisco che, della diagnosi di depressione maggiore, certificata in passato dal Dr. _____, attualmente non vi è alcuna traccia, né diretta né indiretta, posto che da anni non viene neppure prescritto alcun farmaco antidepressivo. Se vi fosse una depressione maggiore o peggio uno scompenso psicotico "sempre in agguato", ci si aspetterebbe almeno una farmacoterapia di mantenimento antidepressiva o antipsicotica, seppur assai blanda. La terapia farmacologica attuale risulta più leggera rispetto al passato, prevedendo soltanto due farmaci ansiolitici, assunti con funzione ipnotica alla sera. Questo va a confermare l'accuratezza delle conclusioni peritali, laddove viene sostenuto che vi sia una personalità tendenzialmente ansiosa, ma discretamente compensata. Stando all'estratto della cassa malattia, l'assunzione dei due principi ansiolitici non sembra neppure costante. Le consultazioni presso lo psicologo sono inoltre occasionali e non configurano una psicoterapia di sostegno. Mancano quindi degli elementi oggettivi e condivisibili di gravità, se si considerano anche le attività che l'assicurato compie e le affermazioni che egli stesso ha rilasciato." In merito al contestato miglioramento, sempre nel medesimo complemento, il dr. med. _____ ha fatto riferimento a quanto l'assicurato aveva affermato in sede peritale, ossia "di aver imparato a conoscersi e di riuscire meglio a gestire, nell'attualità, i suoi tratti caratteriali problematici. Egli stesso ha ammesso un miglioramento da circa 5 anni, che corrisponderebbe a diversi traguardi di vita raggiunti (casa propria, terreno, animali, attività ai monti)". Il perito ha poi aggiunto: " Ribadisco che dal 2017 le consultazioni psicologiche sono occasionali e questo è perfettamente in linea con le dichiarazioni di miglioramento del periziando da

E. 5

anni a questa parte, che quindi diventano attendibili con verosimiglianza preponderante. Si ribadiscono gli importanti traguardi funzionali raggiunti dal periziando, il fatto che egli non sia più in cura psichiatrica, che assuma una blanda ansiosi serale, che veda lo psicologo raramente, che si occupi della sua cascina e della casa, che non abbia più fatto ricoveri in psichiatria, che faccia diverse attività per se stesso e per dei conoscenti anche fisicamente impegnative, che si presenti meno ipocondriaco del passato, rinunciando persino a fare la

vaccinazione contro il Covid, o a fare un intervento per idrocele che è attualmente indicato.” Riguardo alle perplessità sollevate nelle osservazioni 18 marzo 2022 dalla rappresentante dell’assicurato in merito all’ipocondria (va ricordato che nella perizia 15 febbraio 1991 del dr. med. _____ aveva ritenuto l’assicurato affetto da nevrosi ipocondriaca) il perito ha dapprima precisato che “l’ipocondria è la paura di una malattia potenzialmente mortale, non è la paura delle cure e non è neppure la paura dei mezzi di prevenzione scientificamente validi” e spiegato che: " Da un ipocondriaco ci si aspetterebbe l'adesione alla prevenzione e poi, magari, l'eventuale ricerca di rassicurazioni ulteriori, ad esempio circa il fatto aver sviluppato sicuramente degli efficaci anticorpi dopo il vaccino, oppure la certezza di non aver contratto comunque l'infezione nonostante il vaccino, oppure qualche altro comportamento eccessivamente controllante e fuori luogo. Idem di casi per i tratti somatoformi, che si associano tipicamente con la nota ricerca molto insistente ed eccessiva delle attenzioni mediche e dei rimedi terapeutici.” Tale situazione, come visto sopra, non corrisponde al caso in esame. Rispondendo alle critiche sollevate dai curanti con lettera 5 settembre 2022, nella presa di posizione 27 settembre 2022 (X/1) il dr. med. _____ ha pertinentemente osservato (le sottolineature sono del perito stesso): " Nella recente presa di posizione i curanti parlano di un’ampia e cospicua sintomatologia attuale che rimarrebbe sempre attiva , contraddicendo la condizione di sintomatologia compensata grazie alle cure praticate nel corso degli anni , di cui avevano invece parlato nella loro relazione precedente e che ho potuto osservare pure io.” In merito alla presunta discrepanza tra il miglioramento e i fattori di fragilità interni esposti a livello psicodinamico, il perito ha dapprima precisato che “una complessa disamina dei meccanismi di difesa o dei fattori strettamente psicodinamici non può contraddire gli elementi osservabili di miglioramento nella realtà quotidiana” , miglioramento che, come visto, il dr. _____ ha potuto rilevare. Il perito ha anche ipotizzato che “ nel caso in cui fossimo confrontati con un assicurato portatore di una fragilità psichica marcata, tale da essere totalmente invalidante, nell'arco di cinque anni ci si aspetterebbe, anche solo con il comune buon senso, almeno qualche forma di scompensamento, che imponga l'intensificazione transitoria delle cure o della presa in carico, come noi specialisti siamo abituati ad osservare periodicamente nei pazienti psichiatrici affetti da una malattia severa o anche soltanto moderata”, circostanze, queste, che non sono realizzate nel caso concreto. Certo, il dr. med. _____ ha potuto constatare degli evidenti tratti di personalità disturbati che ha codificato nella diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, rilevando tuttavia: “ Tali tratti sono reperibili costantemente lungo tutto il corso della vita di questo soggetto e, in alcune fasi della sua esistenza, essi si sono verosimilmente scompensati. Non ci sono invece degli elementi di alcun genere che possano ragionevolmente dimostrare che, anche negli ultimi anni, vi sia una condizione ipocondriaca invalidante oppure una depressione invalidante .” (sottolineatura del redattore). Il perito ha poi concluso che “s’ebbene l’assicurato percepisca una rendita intera dell’Assicurazione invalidità ormai da decenni, in scienza e coscienza ribadisco che non trovo assolutamente dei fattori di gravità convincenti, tali da poter confermare, sia nell’attualità che nel recente passato, un’inabilità lavorativa completa”. È vero che vi è una divergenza tra curanti e perito. Questo Tribunale, oltre a ricordare che in caso di lite il valore probatorio del medico curante va relativizzato (cfr. consid. 2.7), evidenzia che nel caso concreto il dr. med. _____ ha svolto una perizia completa, coerente e convincente ed ha saputo dare altrettanti convincenti risposte alle critiche dei curanti. Alla perizia amministrativa va quindi attribuito un valore probatorio pieno. In simili circostanze, secondo la verosimiglianza preponderante valida nell’ambito delle

assicurazioni sociali (fra le tante: DTF 139 V 218 consid. 5.3), rettamente l'Ufficio AI, sulla scorta della perizia psichiatrica, confermata dalle annotazioni del 29 dicembre 2021 dal SMR (doc. 119), ha concluso per un'inabilità del 40% in ogni ambito lavorativo quindi sia nell'attività precedentemente svolta che in attività adeguate. Rispetto sia all'ultima comunicazione del 23 giugno 2016 (doc. 91) che alla prima decisione formale del 15 febbraio 1991 (doc. 10) vi è dunque stato un rilevante miglioramento. 2.10. Il ricorrente ritiene che il suo stato di salute somatico non sia stato valutato. A tal riguardo il TCA rileva che nell'inserito numerosi sono i referti attestanti diverse patologie. Nelle citate annotazioni 20 settembre 2021 il dr. med. _____, psichiatra presso il SMR, ha rilevato che "(...) vi è invece evidenza di visite mediche approfondite a livello internistico, urologico ed oftalmologico con relativi esami strumentali, ematici e presa di medicinali "(doc. 106). In passato tali aspetti non sono stati valutati visto che la prevalente patologia era quella psichiatrica causante un'incapacità lavorativa completa in qualsiasi attività. Ora, nel rapporto 24 marzo 2021 il medico curante, dr. med. _____, oltre alla nota diagnosi psichiatrica invalidante, ha posto, quale diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, una sindrome pan-vertebrale cronica prevalente in sede lombare con blocchi assiali ricorrenti su ernia L4-5 ed anterolistesi L4 su L5. Il curante ha descritto che il suo paziente "lamenta dolori cronici lombari a volte irradianti al lato anteriore coscia destra e ricorrenza di blocchi in sede lombare", elencando quali limitazioni somatiche una "ricorrente sintomatologia assiale" (cfr. pag. 252). Visto quanto sopra, questo Tribunale ritiene necessario approfondire l'aspetto somatico dell'assicurato. È vero che in sede peritale, nell'ambito della descrizione della giornata, l'assicurato ha fra l'altro sostenuto "... di avere l'hobby della montagna, recandosi alla cascina di sua proprietà. Amerebbe anche camminare nel bosco. Farebbe la legna per sé stesso e per la signora di oltre 80 anni sua vicina nella frazione ai monti. Il periziando dice di andare in giro nel bosco con la motosega a tagliare la legna e poi la spacca con lo strumento apposito. Fa questo lavoro sia per sé stesso che per la signora, così come il passaggio del decespugliatore nei mesi estivi" (passaggio riportato nella decisione contestata). Trattandosi tuttavia di un hobby svolto principalmente nei mesi estivi, non è possibile concludere, con la dovuta tranquillità di giudizio, che l'assicurato possa svolgere, come ribadito dal consulente IP nel rapporto complementare 17 maggio 2022 (pag. 411), la sua abituale attività di verniciatore o attività leggere e mediamente pesanti. A tal riguardo non esiste nemmeno una valutazione da parte del SMR. Certo, nelle citate annotazioni 20 settembre 2021 il dr. med. _____ non ha indicato limitazioni somatiche (doc. 105), ma d'altronde non spettava a lui una simile valutazione. Egli ha unicamente constatato la necessità "una perizia psichiatrica neutrale". Ne consegue che un rinvio è necessario. Spetterà poi all'Ufficio AI, mediante una valutazione medica globale, determinare se l'eventuale inabilità lavorativa somatica, sia nell'abituale che in altre attività, debba essere sommata a quella psichiatrica oppure se l'una è da integrare nell'altra. 2.11. Per quel che concerne l'aspetto reintegrativo, nella decisione contestata, facendo riferimento al rapporto 14 febbraio 2022 del SIP, l'Ufficio AI ha elencato, a titolo esemplificativo, le seguenti attività ritenute esigibili alle quali l'assicurato "sarebbe direttamente reintegrabile": addetto al controllo e all'imballaggio/etichettatura nel settore alimentare, addetto all'assemblaggio di pezzi elettronici ed ingranaggi, portiere d'albergo, manutentore d'immobili presso stabili privati e/o casa per anziani e/o società private, aiuto officina". L'amministrazione ha ritenuto che l'assicurato raggiunge il minor discapito economico nell'attività abituale di verniciatore e che l'esigibilità di un'auto-reintegrazione è suffragata "anche dal fatto che il Sig. RI 1 (posto che non presenta

limiti funzionali di ordine somatico incidenti sulla capacità lavorativa) può sfruttare le sue competenze e le sue risorse anche in attività pesanti o semi pesanti in linea con gli impegni che ha avuto nel corso degli anni (come ad esempio l'aiuto contadino, l'aiuto giardiniere, l'aiuto custode di animali, l'aiuto falegname – selvicoltore) ”. Infine, sempre nella decisione impugnata sono state riportate le osservazioni del consulente IP (cfr. rapporto 17 maggio 2022 in doc. 143) in merito alle contestazioni sollevate dalla rappresentante dell'assicurato con le osservazioni al progetto di decisione. Ora, tenuto conto che occorre procedere ad una valutazione medica degli aspetti fisici (al riguardo, come detto, non esiste alcuna valutazione SMR), questo TCA non può confermare i citati rapporti 14 febbraio 2002 e 17 maggio 2022.

2.12. Con riferimento osservazioni 16 settembre 2022 l'assicurato ritiene che l'Ufficio AI non abbia proceduto ad un approfondito esame della sua reintegrazione lavorativa in quanto al momento della decisione contestata aveva già compiuto 55 anni e da oltre 30 anni percepisce la rendita. Come esposto nelle STCA 32.2021.104 del 14 febbraio 2002 consid. 2.11, conformemente alla giurisprudenza, prima di procedere alla diminuzione o soppressione di una rendita di invalidità a seguito di revisione occorre accertare se esiste un bisogno di reintegrazione, valutando se l'assicurato sia concretamente in misura di mettere a profitto la sua capacità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. gli art. 7 e 16 LPGA; cfr. STF 9C_163/2009 del 10 settembre 2010). Nel caso di una revisione (e in analogia di una riconsiderazione; cfr. STF 9C_152/2013 del 3 settembre 2013 consid. 3.2.3) di una rendita di invalidità versata da numerosi anni, il Tribunale federale ha sottolineato che di regola la (completa o parziale) capacità lavorativa attestata a livello medico – e che è alla base della riduzione del grado di invalidità e, quindi, della riduzione o soppressione della rendita – può venir (nuovamente) concretamente sfruttata dall'assicurato mediante un'adeguata autointegrazione sul mercato del lavoro equilibrato traducendosi così in un grado di invalidità inferiore (cfr. art. 7 cpv. 1 in relazione con l'art. 16 LPGA; STF 9C_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10). Questo è segnatamente il caso laddove l'assicurato ha sempre conservato una parziale capacità lavorativa residua cosicché l'aumento della capacità lavorativa non necessita un accresciuto bisogno di integrazione, specie se la ritrovata idoneità professionale può essere utilizzata in un'attività lavorativa già svolta dall'assicurato o che può svolgere immediatamente. In casi eccezionali invece l'amministrazione in sede di revisione della rendita deve esaminare la questione integrativa e, quindi, accertarsi se la ritrovata capacità lavorativa attestata medicalmente si traduce effettivamente in un grado di invalidità inferiore oppure se, eccezionalmente, occorre procedere ad un esame personale dell'effettiva idoneità lavorativa (con riferimento all'idoneità, alla capacità di carico, ecc.) e/o all'esecuzione di provvedimenti integrativi. In tali casi la rendita di invalidità deve continuare ad essere versata fintanto che il potenziale di capacità lavorativa riesce ad essere effettivamente realizzato grazie all'introduzione di misure medico-riabilitative e/o provvedimenti di integrazione professionale (STF 9C_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10, 9 C_848/2012 del 14 febbraio 2013, 9C_831/2010, 9C_768/2009 del 10 settembre 2010; SVR 2010 IV nr. 9 p. 27, 9C_141/2009; vedi anche la STF 9C-998/2010 del 8 marzo 2011, 9C_163/2009 del 10 settembre 2010) . In una successiva sentenza la Corte Federale ha ulteriormente precisato la sua giurisprudenza nel senso che un caso eccezionale in questo senso, necessitante cioè del preventivo esame circa la necessità dell'introduzione di provvedimenti integrativi malgrado la capacità lavorativa attestata medicalmente, va ammesso quando la revisione concerne un assicurato maggiore di 55 anni o titolare di una rendita di invalidità da oltre 15 anni (STF 9C_412/2014 del 20 ottobre

2014, 9C_128/2013 del 4 novembre 2013, 9C_152/2013 del 3 settembre 2013, 9C_11/2012 del 28 febbraio 2012 consid. 2.2.2; 9C_367/2011 del 10 agosto 2011; 9C_228/2010 del 26 aprile 2011, pubblicata in SVR 2011 IVG nr. 73, e riferimenti). Nella STF 9C_412/2014 del 20 ottobre 2014 il TF ha confermato questa giurisprudenza sottolineando che tali casi eccezionali possono essere riconosciuti segnatamente laddove l'assicurato è stato lontano dal lavoro per numerosi anni, dispone di un carente profilo conoscitivo e/o intellettuale o difetta di esperienza professionale (cfr. anche STF 9C_152/2013 del 3 settembre 2013 e riferimenti). In DTF 141 V 5 il Tribunale federale ha affermato che per stabilire la soglia dell'integrazione autonoma esigibile di una persona assicurata dopo aver raggiunto 15 anni di erogazione della rendita o il 55° anno di età, è determinante il momento della decisione di soppressione della rendita o quando diviene effettiva la revoca della rendita (consid. 4). In concreto, con la presente revisione l'amministrazione, in particolare il consulente IP, ha constatato una ritrovata capacità lavorativa dell'assicurato, nato il _____ 1966, il quale sia al momento dell'emissione della decisione contestata (24 maggio 2022) sia al momento in cui la riduzione è divenuta effettiva (1° agosto 2022), aveva già compiuto i 55 anni e beneficiava da oltre 15 anni di una rendita (erogata con effetto dal 1° marzo 1991). L'insorgente appartiene di conseguenza alla categoria di persone per le quali occorre presumere che, a causa della loro età, non possono di principio intraprendere di loro iniziativa tutto quello che può ragionevolmente essere preteso da loro per sfruttare la loro capacità lavorativa medico-teorica (cfr. da ultimo 9C_211/2021 del 5 novembre 2021, consid., 3.2; STF 9C_663/2020 dell'11 agosto 2021, consid. 4.2). Pertanto, nella misura in cui l'amministrazione dovesse confermare l'esigibilità di pari grado nell'abituale attività ed in altre adeguate e che nella professione di verniciatore l'assicurato possa mettere a maggior frutto la sua residua capacità lavorativa (da qui la scelta di determinare il grado d'invalidità mediante il cosiddetto raffronto percentuale dei redditi; in argomento cfr., ad esempio, STCA 32.2022.14-15 del 28 aprile 2022 consid. 2.7. con riferimenti di giurisprudenza, anziché con il consueto raffronto dei redditi), essa deve procedere ad un approfondito esame delle possibilità integrative come stabilito dalla suesposta giurisprudenza (cfr. anche sentenza 9C_211/2021 del 5 novembre 2021 e STCA 32.2021.2 del 15 marzo 2021). Questo in particolare se si considera che da una parte, come si evince dal rapporto 14 febbraio 2022 del consulente IP, dal 1990 egli ha smesso di lavorare quale verniciatore e dall'altra che nel frattempo tale l'attività ha conosciuto un'evoluzione tecnica non indifferente. 2.13. In conclusione, visto quanto sopra, annullata la decisione contestata, gli atti sono rinviati all'Ufficio AI affinché proceda dapprima agli accertamenti medici d'ordine somatico volti a definire la residua capacità lavorativa sia nell'abituale attività sia in altre attività, per poi procedere ad una valutazione globale come da consid. 2.10. Sulla scorta dell'esito di cui sopra, come dai consid. 2.11 e 2.12, spetterà al consulente IP procedere all'esame dell'effettiva esigibilità lavorativa dell'assicurato in un mercato equilibrato del lavoro, tenuto conto in particolare della necessità o meno di introdurre provvedimenti integrativi ai sensi della giurisprudenza. Solo al termine di questo esame l'amministrazione potrà procedere, se del caso, alla riduzione della rendita intera d'invalidità. 2.14. In DTF 106 V 18 – chiamata a pronunciarsi riguardo al momento in cui si attua la riduzione o la soppressione della rendita, se il giudice annulla la decisione di revisione e ritorna gli atti all'amministrazione perché la stessa, dopo complemento istruttorio, renda una nuova decisione – l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) Gemäss Beschluss des Gesamtgerichts, dem diese Frage unterbreitet worden ist, erscheint es daher - unter Vorbehalt einer allfällig missbräuchlichen

Provozierung eines möglichst frühen Revisionszeitpunktes durch die Verwaltung - als geboten, den mit der revisionsweise verfügbaren Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente oder Hilflosenentschädigung verbundenen Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügungsentscheidung andauern zu lassen. (...)" (DTF 106 V 18, consid. 3d, pag. 21) Nella DTF 129 V 370 il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) si è confermato in questa giurisprudenza e ha ribadito che se l'effetto sospensivo viene tolto a un ricorso diretto contro una decisione di revisione che sopprime o riduce una rendita o un assegno per grandi invalidi, questo ritiro dura, nel caso di rinvio degli atti all'amministrazione, anche durante tale procedura d'istruzione fino alla notifica della nuova decisione (cfr. anche STF 9C_301/2010 del 21 gennaio 2011 consid. 3.2, 9C_288/2010 del 22 dicembre 2010 consid. 4, 8C_528/2010 del 20 dicembre 2010 consid. 2 e 8C_451/2010 dell'11 novembre 2010 consid. 4); Atteso che dagli atti non è possibile concludere che nel caso di specie l'amministrazione abbia in concreto inteso anticipare in modo abusivo la decorrenza dell'effetto della revisione, ai sensi della summenzionata giurisprudenza (DTF 106 V 18) l'effetto sospensivo tolto al ricorso, con la decisione impugnata esplica dunque i suoi effetti anche durante la procedura di rinvio. D'altronde, con riferimento alla domanda di ripristino dell'effetto sospensivo (per la procedura ricorsuale) formulata nel gravame, che in sé l'emanazione del presente giudizio rende priva di effetto, non è in ogni caso possibile in concreto stabilire quale sarà l'esito finale della vertenza. Nella ponderazione degli interessi in conflitto, segnatamente quello dell'assicurato alla non immediata esecuzione di una decisione a lui sfavorevole e quello generale dell'amministrazione per cui l'esecuzione di una decisione non venga impedita o ostacolata pendente ricorso evitando in particolare il versamento di prestazioni indebite (SVR 1994 IV Nr. 31; DTF 117 V 191), allorché non è possibile stabilire sin dall'inizio l'esito finale della vertenza occorre ritenere che, per principio, l'interesse dell'amministrazione è predominante quando il rischio di non poter recuperare le prestazioni versate pendente causa è concreto. Questo rischio è prioritario rispetto all'interesse dell'assicurato di poter beneficiare delle prestazioni assicurative pendente lite, al fine di non dover far capo all'assistenza (SVR 1994 IV nr. 31; ZAK 1990 p. 152; cfr. anche Zünd/Pfiffner Rauber, Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2009, § 17 n. 33, p. 188). L'interesse dell'assicurato prevale quindi su quello generale quando si può ammettere con grande verosimiglianza che egli risulterà vincente (DTF 105 V 269) e meglio quando la decisione risulta palesemente errata (SVR 1994 IV nr. 31), ciò che non corrisponde al caso in esame, allo stadio attuale non essendo infatti possibile ipotizzare che con ogni verosimiglianza, in esito ai nuovi accertamenti la soppressione delle prestazioni non potrà essere confermata ritenere che il provvedimento impugnato risulti manifestamente errato. 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1f bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 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 dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), le spese

per fr. 500 vanno messe a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà pure le ripetibili al ricorrente.

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