

## **TI\_GERICHTE 32.2023.92 vom 19. Juli 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-07-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.92)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.92 du 19 juillet 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.92 del 19 luglio 2023

### **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. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche all'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). 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. 88a cpv. 1 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197). 2.5. 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). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. 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 130 V 351; 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). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C\_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C\_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C\_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C\_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.6. Nel caso di specie, dall'aprile 2018 l'assicurato era al beneficio di una rendita intera di invalidità con grado dell'85% stante una incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività. Nell'ambito di una

prima revisione, nel 2020 l'Ufficio AI ha confermato il diritto in corso. A seguito di due segnalazioni anonime avvenute nel 2021, secondo cui l'assicurato continuava a lavorare come artigiano incassando decine di migliaia di franchi e non necessitava di alcuna terapia medica (doc. 111), l'amministrazione ha effettuato una seconda revisione e a metà 2022 ha avuto un colloquio con l'interessato. Il 26 ottobre 2022 (doc. 66) il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia del Servizio Medico Regionale, ha ritenuto opportuno sottoporlo a una perizia psichiatrica di decorso dello stato di salute psichico, delle risorse e dei limiti funzionali, non essendo mai stato valutato prima. La perizia è stata allestita il 4 febbraio 2023 (doc. 72), dopo che il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha avuto modo di visitare l'interessato il 16 gennaio 2023 dalle ore 10.03 alle ore 11.57 e il 26 gennaio 2023 dalle ore 11.01 alle ore 11.31. Riassunti i certificati medici messi a sua disposizione dal 2017 al 2022, l'esperto ha esposto l'anamnesi, lo sviluppo della malattia e i dati soggettivi, il quadro clinico dei disturbi legati al lavoro, l'esposizione dettagliata e rappresentativa dello svolgimento di una giornata tipo, la terapia farmacologica e le aspettative per il futuro (svolgere qualche piccolo lavoro per arrotondare le entrate ed essere più attivo, lavorare come indipendente senza dovere prendere ordini da qualcuno e senza che gli sia messa fretta). Lo specialista ha esaminato lo status dell'assicurato riscontrando che era vigile, orientato, l'eloquio era spontaneo, con toni della voce normalmente modulati, non v'erano difficoltà a carico della memoria remota o recente, l'attenzione e la concentrazione durante i colloqui erano senza note patologiche, i contenuti del pensiero non risultavano orientati in senso depressivo, non v'era sospettosità o diffidenza nei confronti delle persone, nessun restringimento delle relazioni interpersonali, il tono dell'umore non risultava flessa in senso depressivo, l'emotività risultava dominata da ansia generalizzata e dalla preoccupazione di non essere all'altezza delle aspettative altrui, non ha osservato una riduzione dell'autostima o dei sensi di colpa, ma v'era il timore di non reggere il confronto con una qualsiasi attività lavorativa come dipendente per convinzione di non sopportare i ritmi, le pretese e le pressioni del datore di lavoro e dei colleghi. L'assicurato aveva una routine di vita soddisfacente, ma negava delle attività lavorative abituali, le giornate erano ben strutturate, v'era una moderata elevazione delle quote d'ansia libera in occasione dello stress rappresentato dall'evento della perizia, l'ansia diventava molto più intensa quando l'assicurato ha tentato di effettuare il test SIMS e non ci è riuscito - il test è stato subito interrotto per scarsa comprensione verbale dell'assicurato -, ma il perito non ha comunque osservato un attacco di panico, non ha notato disforia e irritabilità e le capacità di autocontrollo risultavano impeccabili, non c'era una riduzione delle energie nonostante sia stato dichiarato uno scarso recupero notturno. L'istinto vitale era conservato. Il consulente ha osservato che dalle analisi del sangue effettuate è risultata la compatibilità con un'assunzione regolare dei medicinali secondo la prescrizione specialistica. Egli ha posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome ansiosa generalizzata (F41.1) e di disturbo di personalità con tratti narcisisticamente fragili e anancastici (F61.0). L'esperto ha rilevato che l'assicurato presentava le diagnosi che sono state formulate dai curanti, ma da tempo la depressione risultava stabilizzata e in remissione, come emerso dalla terapia farmacologica, assunta con evidente efficacia, l'assenza di ulteriori scompensi richiedenti dei ricoveri ospedalieri, nonché l'obiettività raccolta durante la valutazione. Egli ha perciò confermato la diagnosi di depressione, ma l'ha ritenuta quale sindrome senza più ripercussione sulla capacità lavorativa. Da parecchio tempo l'assicurato soffriva, invece, in maniera continuativa, di una sindrome ansiosa generalizzata. Questo disturbo non è sempre stato invalidante, ma l'ansia attuale non era neppure trascurabile e, negli anni precedenti

l'insorgenza dell'inabilità lavorativa, il problema era diventato particolarmente rilevante. Spesso una sindrome ansiosa, ha rilevato l'esperto, soprattutto se adeguatamente trattata, come nel caso di specie, non ha delle ripercussioni durevoli sul funzionamento generale. Tuttavia, si inserisce su una personalità patologica, come segnalava l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. L'assicurato non ha delle buone competenze cognitive, ma la povertà di un lessico molto concreto e la scarsa abilità di comprensione delle frasi scritte. Pertanto, pur avendo delle abilità cognitive sufficienti per fare il muratore, egli è sempre stato molto vulnerabile alle critiche e alle pressioni patite sul posto di lavoro. Il suo tratto ossessivo compulsivo, con le necessità di controllo che esso implica, aggravava ulteriormente l'ansia da prestazione e lo rendeva più vulnerabile a eventuali scompensi ansiosi o depressivi. L'insonnia rappresenta uno dei sintomi della patologia ansiosa di base e non necessita di una codifica diagnostica separata. Nell'analizzare la storia personale, professionale e sanitaria dell'assicurato, lo psichiatra ha evidenziato che dal 2018 sono proseguite delle cure psichiatriche continuative, impeccabili ed efficaci, alle quali l'assicurato ha dimostrato di sapere e volere aderire in maniera pienamente collaborativa. Il curante ha certificato uno stato di salute invariato ma, obiettivamente, per il perito, nell'attualità non si riscontravano più dei segni di depressione del tono dell'umore. Anche la vita sociale, il suo funzionamento generale nella quotidianità e dinnanzi al perito, le capacità dell'assicurato nelle relazioni intime, la stabilità dei medicinali nel corso degli anni e l'assenza di ulteriori ricoveri dimostravano che ci si trovava in una condizione psichiatrica molto diversa rispetto agli anni dello scompenso 2017-2018. La sindrome ansiosa si era effettivamente cronicizzata e giustificava dei deficit parziali, ma lo stato di salute era globalmente migliorato. Dopo avere esposto le terapie assunte nel tempo e concluso che giudicava adeguata ed efficace la terapia in atto, il perito non ha rilevato delle incoerenze e si è pronunciato sulle capacità e sulle risorse dell'assicurato. Quest'ultimo valutava molto negativamente la sua capacità di adeguarsi a un contesto lavorativo come dipendente, pensava che non sarebbe riuscito a reggere i ritmi e a sopportare le pressioni dai superiori e dai colleghi, temeva che a causa dello stress percepito avrebbe potuto avere altri scompensi maggiori. Per l'esperto, si trattava di cognizioni disfunzionali, di preoccupazioni che derivavano dalla sua fragilità a livello personale e dall'ansia generalizzata che stava condizionando cronicamente la sua vita negli ultimi anni. L'insicurezza dell'assicurato non rappresentava quindi necessariamente un tentativo di simulazione o di amplificazione dei deficit, ma era compatibile con la patologia di fondo. Nonostante tutto andava però considerato che le condizioni psichiatriche attuali erano diverse rispetto allo scompenso che ha avuto nel 2017-2018. Mancavano, in particolare, i segni di depressione, mentre v'era un'ansia generalizzata che, pur non sfociando in attacchi di panico, giustificava delle limitazioni parziali e croniche. Il miglioramento, prevedibile, era coerente con il fatto che, nonostante le sue vulnerabilità strutturali, l'assicurato ha sempre lavorato in passato e che, una volta in difficoltà, egli si è sottoposto a delle cure psichiatriche efficaci, con regolarità, senza più la necessità di fare ulteriori ricoveri. Il miglioramento era in linea anche con il funzionamento generale dimostrato negli ultimi anni. A livello funzionale l'assicurato presentava un grado di disabilità moderato nella flessibilità di fronte agli stress, nell'integrazione in un ipotetico gruppo di lavoro, nella persistenza, nell'organizzazione dei suoi compiti. Ciò era causato dalla sua ansia cronica, che si inseriva su una personalità disturbata e che, proprio per questo motivo, non risultava più completamente responsiva alla terapia finora praticata secondo la regola dell'arte. Nessuna disabilità era invece oggettivabile per il rispetto delle regole, nelle competenze tecniche, nella capacità di giudizio, nelle attività spontanee,

nell'assertività, nelle relazioni intime, nella cura di sé e nella mobilità. Questi limiti funzionali giustificavano, a livello medico teorico, un calo del rendimento nell'attività lavorativa abituale e in qualsiasi attività adeguata nella misura del 50%, valido dal momento della valutazione peritale. La sua presenza sul cantiere con un rendimento che venisse concordato sin dall'inizio come dimezzato sarebbe stata un'adeguata soluzione, a giustificazione delle prevedibili incapacità a reagire prontamente a tutte le sollecitazioni lavorative. Era preferibile un mansionario chiaro e ripetuto, che non richiedeva delle continue sollecitazioni a livello di apprendimento e delle capacità elevate di risoluzione dei problemi, perché avrebbero incrementato nettamente l'ansia. Considerato che l'ansia aveva un andamento cronico e un deficit residuo stabile, per il perito non era possibile migliorare la capacità lavorativa con provvedimenti sanitari, ma le cure specialistiche in atto andavano proseguite per evitare dei futuri peggioramenti. Rispetto alla situazione esistente al momento dell'emanazione della decisione di rendita intera, il consulente ha evidenziato che la depressione era in remissione completa, verosimilmente da anni. Egli ha oggettivato delle risorse residue parziali, che non sono state documentate in passato e che giustificavano una capacità lavorativa nel libero mercato di almeno il 50%. Nel 2017 era stato obiettivo umore deflesso, disturbi cognitivi, astenia, esauribilità, ansia, somatizzazioni; al momento della perizia, l'umore era in asse, non c'erano disturbi cognitivi, l'energia era integra, nessun segno di esauribilità, ma evidente persistenza di ansia generalizzata con rischio ancora presente di somatizzazioni. Il dottor \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale ha fatto propria questa perizia nel rapporto finale del 13 febbraio 2023 (doc. 73), confermando le conclusioni a cui il perito è giunto e ritenendo quindi che dal 16 gennaio 2023 l'assicurato presentava un'inabilità lavorativa del 50% e come muratore e in altre attività adeguate, intesa come riduzione del rendimento. Al progetto di decisione di riduzione del diritto a mezza rendita (doc. 77) l'assicurato ha presentato il referto del 12 aprile 2023 (doc. 91) dello psichiatra curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, che lo seguiva dal 2009 per uno stato ansioso depressivo. Lo stato depressivo era associato a sindrome ansiosa generalizzata e tratti anancastici-ipocondriaci con somatizzazioni multiple; era inoltre presente un'insonnia importante. Nel corso degli anni l'assicurato ha manifestato delle riacutizzazioni del quadro psicopatologico e con il supporto psicologico e i continui cambiamenti della terapia farmacologica a fatica era stato ristabilito un miglioramento. Nel 2016 gli è stata diagnosticata un'insonnia di mantenimento multifattoriale e nel 2017 c'è stata una riacutizzazione depressiva piuttosto severa, che è culminata con il ricovero nel reparto di psichiatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Grazie alla concessione della rendita intera di invalidità, senza quindi più l'assillo di dover svolgere un lavoro duro, faticoso e pesante e con diverse responsabilità nonostante il grave disagio presente, il curante ha rilevato che l'interessato era riuscito lentamente e faticosamente, con un'importante terapia antidepressiva e in parte anche sedativa data l'ansia e l'insonnia presente, a trovare un equilibrio con ripristino di una timia che, seppur fluttuante, rimaneva accettabile per il suo stile di vita ritirato e semplice. Anche l'insonnia ostinata e cronica poteva essere gestita e sopportata meglio, poiché l'assicurato non doveva più alzarsi presto al mattino per recarsi al lavoro. Quindi la misura terapeutica del riconoscimento della rendita intera aveva svolto un ruolo primario per mantenere uno stato di discreto benessere. Con la revisione facente seguito a segnalazioni anonime piuttosto grossolane, e dopo la perizia psichiatrica, per il curante l'assicurato è riapparso ansioso, irritabile con somatizzazioni. Lo psichiatra ha dunque riconosciuto che l'assicurato soffriva da anni di una sindrome depressiva recidivante (come confermato dal perito) con

associata una sindrome ansiosa generalizzata in disturbo di personalità anancastico (pure confermata dal collega) e di un'insonnia cronica di mantenimento multifattoriale e non, come affermato dal perito, legata alla sola ansia. Nell'assicurato l'insonnia era ribelle, poco trattabile e cronica, senza una terapia definitiva, era importante perché presupponeva un riposo ridotto e quindi una quota di energia insufficiente per far fronte a una attività lavorativa pesante e pericolosa come quella del paziente. Poteva comportare disturbi della concentrazione, dell'attenzione e disattenzione, esauribilità delle risorse e senso di spossatezza continua; inoltre, l'importante e persistente disturbo del sonno poteva essere fonte di riaccensioni depressive. Il dottor \_\_\_\_\_ era concorde con il collega che la sindrome ansiosa generalizzata e il disturbo di personalità anancastico giustificavano dei deficit parziali, ma clinicamente, in caso di sindrome depressiva recidivante, anche questa sindrome ansiosa generalizzata - che secondo l'ICD-10 ha un decorso fluttuante e cronico ed è caratterizzata da uno stato di preoccupazione continua, dal sentirsi continuamente nervoso, da tremori, tensione muscolare, sudorazioni, testa vuota, palpitazioni, capogiri, malessere epigastrico (sintomi espressi dall'assicurato negli anni) - porta a una vulnerabilità accresciuta, aumentando nuovamente il rischio di riacutizzazione depressiva. Anche la personalità anancastica può portare alla riacutizzazione depressiva. Lo specialista curante non concordava invece con il perito che non ha considerato la depressione ricorrente poiché, a dire del primo, anche se non era presente nelle due o tre ore di osservazioni dell'assicurato durante la perizia, non vuol dire che sarebbe rimasta tale. Nella pratica clinica è noto che dopo un primo episodio depressivo, la possibilità di averne un secondo aumenta al 50%, al secondo episodio la stima è di circa il 70% e al terzo la possibilità si aggira al 90%. A ciò si aggiunge la constatazione clinica che tale decorso era influenzato da fattori stressanti sempre più minimi (fenomeno del Kindling), per cui erano probabili e verosimili delle riacutizzazioni. Lo psichiatra ha concluso che la situazione in essere era stata creata da segnalazioni anonime rivelatesi infondate, che la perizia ha confermato la pluripatologia psichiatrica e che l'assicurato è stato sempre collaborante e autentico. Egli non era d'accordo con le conclusioni del perito di valutare lo stato depressivo migliorato e pertanto di ridurre al 50% l'incapacità lavorativa e la rendita per una serie di motivi. La depressione ricorrente presuppone l'innescare di riacutizzazioni nel tempo e la probabilità in tal caso era del 90% di riaverla; inoltre, v'era l'aumentata suscettibilità allo stress con vulnerabilità accresciuta a eventi stressanti anche minimi; poi, la sindrome ansiosa generalizzata e la personalità anancastica hanno un ruolo importante nell'aumentare le recidive depressive per le loro caratteristiche psicopatologiche e per l'andamento cronico per lo più non trattabile; ancora, l'insonnia cronica e multifattoriale rappresentava un ulteriore fattore di rischio per una recidiva depressiva e in caso di ripresa lavorativa al 50% tutto il quadro clinico sarebbe peggiorato; infine, l'assegnazione della rendita con grado dell'85% è avvenuta dopo osservazione clinica di anni e in contesti diversi ed era risultata determinante nel ridurre la sofferenza dell'interessato, portandolo, anche tramite le cure, a uno stato di salute discreto. Pertanto, l'assegnazione di una rendita intera era giustificata e ridurla avrebbe vanificato il lavoro sin qui svolto mettendo nuovamente a rischio la sua salute. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha preso posizione il 13 maggio 2023 (doc. 98) su questo parere e sui certificati medici ad esso allegati. In particolare, il perito ha rilevato che l'insonnia doveva essere già presente anche quando l'assicurato lavorava come muratore per potere essere giudicata cronica nel 2016. Di per sé, l'insonnia cronica allo stato stazionario non era invalidante rispetto all'attività lavorativa abituale, eccetto dopo l'aggravamento conseguente alle dinamiche occupazionali sfavorevoli dell'epoca. Lo stesso psichiatra

curante sottolineava nel 2017 che si trattava di un'insonnia cronica e che tra il 2009 e il 2016 il decorso psichiatrico era stato caratterizzato da semplici fluttuazioni distimiche e quindi non da scompensi depressivi maggiori e invalidanti. Il consulente dell'Ufficio AI ha inoltre rilevato che il curante aveva optato per il ricovero a \_\_\_\_\_ anche a causa di una compliance insufficiente, perciò non si poteva escludere che le ricorrenze degli scompensi depressivi erano dovute a una transitoria e scarsa compliance terapeutica. Nel commentare il parere del 12 aprile 2023 del collega, il perito ha rilevato che la questione della segnalazione di lavorare in nero è stata da questi liquidata in maniera superficiale, mentre egli non si è basato su di essa per definire la capacità lavorativa residua dell'assicurato, ma nemmeno ha sottovalutato le sue capacità palesi nell'attività di muratore. Inoltre, il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che le segnalazioni erano di inizio 2021. È invece soltanto nel 2022 che l'assicurato è stato messo a confronto dall'Ufficio AI con queste segnalazioni, ma già nel rapporto di ottobre 2021 il dr. \_\_\_\_\_ aveva precisato che il suo paziente poteva effettuare saltuariamente dei piccoli lavoretti e lo ha ribadito il 18 luglio 2022, senza precisare il tipo di lavori svolti. Le dichiarazioni dell'assicurato, secondo cui in certi momenti ha svolto, con i suoi ritmi, dei lavoretti per degli amici o conoscenti, erano in linea, secondo il consulente nominato dall'AI, con una capacità lavorativa residua e con quanto l'interessato ha affermato durante la valutazione peritale, stimando egli stesso di rendere, nell'attività di muratore, la metà rispetto a una persona sana. Inoltre, era improbabile pure l'ipotesi formulata dal diretto interessato sull'origine delle segnalazioni anonime, visti i dettagli forniti sulle attività e i luoghi in cui i lavori sarebbero stati svolti. Per l'esperto, contrariamente al curante, non era possibile affermare genericamente che la rendita intera di invalidità era la sola e unica misura terapeutica efficace, perché ciò non rispecchierebbe la proporzionalità e l'adeguatezza degli sforzi reintegrativi che sono sostenibili dai pazienti che dimostrano uno stabile miglioramento. Egli ha rilevato che l'interessato ha gestito bene e in modo molto adeguato la sua ansia da prestazione durante entrambi i colloqui peritali ed è solo durante il test SIMS, per un'evidente limitatezza linguistica, che ha mostrato ansia. A dire del perito psichiatra, il collega sarebbe stato incoerente quando ha affermato che per un'insonnia cronica l'assicurato non era in grado di fare un lavoro pesante e pericoloso come quello di muratore, nemmeno in misura parziale. Egli non ha infatti notato dei cali di energia rilevanti, come d'altronde la vita diurna dell'assicurato lo confermava. Inoltre, lo specialista non capiva perché se l'attività abituale era pericolosa, l'interessato potesse comunque svolgere dei lavoretti saltuari ed essere idoneo alla guida, malgrado, per il dr. \_\_\_\_\_, l'insonnia impattava su concentrazione, attenzione e disattenzioni. Quanto alla diagnosi di depressione, il perito ha precisato di aver visto l'assicurato in due distinte occasioni a distanza di diversi giorni, rilevando uno status invariato e stabile nonostante vi fosse il rilevante stress peritale, perciò egli ha ritenuto parziali le osservazioni del curante sulle ricorrenze depressive e sul fenomeno del kindling e non le ha avallate in maniera acritica. Il dr. med. \_\_\_\_\_ si è perciò espresso su questi temi citando e allegando della letteratura. Ciò stante, dovendo stabilire quale fosse il giusto livello di stress per il singolo assicurato, tenuto conto delle vulnerabilità ancora presenti, ma anche valorizzando le capacità residue, il perito ha reputato che un'attività a tempo parziale fosse assolutamente appropriata per l'interessato. L'esperto ha concluso il suo complemento peritale affermando che le sue osservazioni diagnostiche e funzionali erano fondate, appropriate e rispondenti alla realtà dei fatti osservati durante l'accertamento e risultanti dall'approfondimento del dossier. Egli ha tenuto conto della vulnerabilità e dei disturbi residui dell'assicurato riconoscendo un'inabilità lavorativa non trascurabile del 50%. Gli

argomenti del curante non erano invece convincenti, erano sbilanciati a sottolineare in maniera ineluttabile soltanto i deficit dell'assicurato e presentavano diverse incoerenze. Per il dr. med. \_\_\_\_\_ dell'SMR, l'approfondita, motivata ed esaustiva risposta del dr. \_\_\_\_\_ per gli aspetti psichici e la presa di posizione del dr. \_\_\_\_\_ per la questione ortopedica confermavano il 28 giugno 2023 (doc. 99) il rapporto finale SMR, che rimaneva invariato. La decisione del 19 luglio 2023 (doc. 100) ha quindi confermato il progetto di riduzione della rendita da intera a mezza. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto il referto del 29 agosto 2023 (doc. D1) del dr. med. \_\_\_\_\_, che ha fornito delle precisazioni in merito all'insonnia, alla compliance, alle segnalazioni anonime e al kindling. Riguardo all'insonnia, lo psichiatra ha indicato che era presente già nel 2009 e che è stata definitivamente diagnosticata nel 2016 dal Servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ come cronica di mantenimento a carattere multifattoriale (doc. D3); tuttavia, le cure proposte non hanno dato i risultati sperati e il problema permaneva. A suo dire l'insonnia, come disturbo presente da anni, ha un'evoluzione cronica e quindi peggiorativa dello stato di salute mentale agendo negativamente sulla concentrazione-attenzione, sull'energia con stanchezza, sulla vigilanza con sonnolenza diurna, con ansia e facile irritabilità. L'insonnia cronica e multifattoriale è di per sé un fattore di rischio per una recidiva depressiva. Quando all'aderenza al trattamento psichiatrico proposto, l'interessato si è sempre mostrato collaborativo e assumeva la terapia. Inoltre, lo stesso perito ha accertato che il dosaggio dei livelli sierici dei farmaci era compatibile con un'assunzione regolare, ma poi ha erroneamente estrapolato dal certificato di ricovero specialistico che la compliance era insufficiente. Sulle segnalazioni anonime il curante le ha definite grossolane e comunque poco realistici i guadagni che l'assicurato avrebbe incassato. Egli ha precisato che il paziente gli aveva riferito di svolgere lavori saltuari per brevi periodi, in maniera incostante. Per lavoretti saltuari era inteso nell'ambito della sua precedente professione, ma non è compito dello psichiatra documentarli. Anche per il dr. \_\_\_\_\_ era indiscutibile che vi fosse una minima capacità lavorativa residua, che però non era costante e non era proponibile quotidianamente date le problematiche emerse. Il problema era il rischio di scompenso del paziente nel disporre una ripresa lavorativa al 50%, proposta che avrebbe potuto apportare, a suo dire, un nuovo peggioramento dello stato di salute. Riguardo alla teoria del Kindling, questa sua preoccupazione era supportata dalle considerazioni cliniche di carico psicopatologico, polipatologia, vulnerabilità accresciuta (diversi episodi depressivi, di cui alcuni lievi), anche a stress minimi. Rimettersi alla ricerca di un lavoro a 55 anni, con una licenza di scuola elementare, avendo sempre lavorato in campo edilizio era un fattore di stress elevato e quindi a rischio di riacutizzare il disturbo depressivo che al momento era dormiente. Il curante ha ancora precisato che è vero che l'insonnia ha degli effetti su caricabilità, attenzione-concentrazione, distraibilità ed esauribilità, ma guidare mezz'ora o un'ora richiede uno sforzo ben inferiore in termini di attenzione, concentrazione, caricabilità a quello di lavorare 8 ore al giorno rendendo al 50%. In conclusione, le diagnosi erano di sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione, sindrome ansiosa generalizzata, disturbo di personalità misto (condiviso anche dal perito), insonnia cronica multifattoriale. Tranne la depressione, tutti gli altri disturbi erano ancora attivi. La preoccupazione terapeutica era che il tentativo di riprendere un lavoro in qualsiasi attività a 55 anni, senza nessun aiuto all'integrazione, su un substrato psichico sofferente, fragile e vulnerabile, determinasse uno stato di stress tale che avrebbe potuto portare a una riacutizzazione di un disagio importante, mettendo nuovamente a rischio il parziale benessere sin qui raggiunto

grazie anche al riconoscimento di una rendita intera che ha permesso all'assicurato di riorganizzarsi, senza essere continuamente sotto pressione o sentirsi "in riserva" dal punto di vista delle energie. Il 3 ottobre 2023 (doc. IV/2) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha preso posizione sulla documentazione medica prodotta dal ricorrente e in particolare sul più recente parere del dr. med. \_\_\_\_\_, ribadendo le sue considerazioni funzionali sul caso dell'assicurato per ciò che riguarda l'insonnia cronica e l'attività lavorativa pesante e pericolosa - così definita dal curante - di muratore, mentre il paziente sarebbe idoneo alla guida. Ciò, malgrado il collega abbia sottolineato che l'importante terapia assunta comportava degli effetti collaterali. Per il perito, questa incongruenza rimaneva dunque irrisolta. In merito alla terapia, egli aveva segnalato che sulla base degli atti non si poteva escludere che le ricorrenze degli scompensi depressivi fossero dovute a una transitoria e scarsa compliance terapeutica e che bisognava ribadire che una responsabile aderenza alle cure idonee esplicava un effetto preventivo. Ad ogni modo, nella perizia egli non aveva comunque trovato delle incoerenze e aveva ammesso un'attuale terapia regolare, adeguata ed efficace. L'esperto ha rilevato che la valutazione sul livello di stress che potesse ritenersi adeguato e ammissibile nel caso concreto era già stata citata nella perizia e nel complemento peritale ed era uno dei motivi per cui ha comunque riconosciuto una rilevante e persistente quota di inabilità lavorativa. Egli ha perciò ribadito quanto sottolineato nelle sue precedenti prese di posizione, rinviandovi e ha aggiunto che si poteva anche ammettere pacificamente che l'assicurato fosse meritevole di un sostegno alla reintegrazione, proprio per attenuare il più possibile i fattori stressanti sul piano sociale, che però non potevano essere esclusi, ma andavano gestiti in una posizione in cui non venivano comunque meno tutte le certezze. Permaneva quindi la divergenza di opinione sulla capacità funzionale residua fra i due psichiatri e il perito non ha modificato la sua valutazione. Il 4 ottobre 2023 (doc. IV/3) il Servizio Medico Regionale ha condiviso completamente questo parere, ritenendolo argomentato ed esaustivo, perciò la posizione dell'SMR era invariata. Il 17 ottobre 2023 (doc. E) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha replicato all'ultimo referto del consulente dell'AI, affermando che sono gli studi clinici (che ha allegato) che mostrano che nel soggetto con insonnia aumenta il rischio di sviluppare la depressione, mentre se la depressione c'è già l'insonnia agisce da aggravante. L'insonnia è inoltre un fattore di rischio per altre malattie e porta ad alterazioni dell'energia diurna, ad alterazioni della concentrazione-attenzione, capacità decisionali ridotte, irritabilità, distraibilità, ecc. A suo dire, il paragone fra l'insonnia e l'idoneità alla guida non è proponibile, visto che un lavoro continuo di 8 ore con resa al 50% si differenzia dal guidare mezz'ora o un'ora, a meno che la guida sia di tipo professionale e sia intesa come lavoro. Il curante ha inoltre osservato che le ricorrenze o riacutizzazioni depressive non sono dovute esclusivamente a un'ottimale aderenza, qui raggiunta, ma dipendono dagli eventi di vita, dall'aumentata suscettibilità allo stress con vulnerabilità accresciuta ( kindling ), dall'aumentata probabilità di riacutizzazione (qui al terzo evento, 90% di probabilità di riacutizzazione) e al fenomeno della tachifilassi e cioè della perdita di efficacia dei farmaci antidepressivi durante il trattamento. Infine, lo psichiatra è rimasto sorpreso che il collega abbia solo ora riconosciuto la possibilità di adottare delle misure di reinserimento. In conclusione, pur avendo raggiunto una parziale stabilità, l'assicurato non è in grado di mantenere un'attività lavorativa al 50%, con rischio di un nuovo peggioramento e di vanificare quanto fin qui raggiunto. Il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia dell'SMR, si è espresso il 25 ottobre 2023 (doc. VIII/1) su questa presa di posizione, che si è pronunciata sul rapporto tra insonnia cronica e depressione, elementi che il perito ha trattato in modo articolato e

approfondito nei suoi ultimi due complementi peritali. Lo specialista del Servizio Medico Regionale ha osservato che il curante ha allegato degli articoli scientifici che però non rappresentavano una revisione critica della letteratura in materia, ma una scelta atta a sostenere la propria opinione già ben nota. Egli ha rilevato che, in effetti, l'elaborato presentava dei commenti generali su insonnia e depressione senza riferimenti puntuali ed oggettivi al caso dell'assicurato rispettivamente non presentava alcun elemento chiaro e oggettivo a sostenere una presa di posizione diversa da quella del perito né riportava fatti nuovi o modifiche significative di fatti medici noti propri del caso in esame e non opinioni dello scrivente e degli autori dei testi allegati. Pertanto, la precedente posizione dell'SMR rimaneva invariata. 2.7. Per costante giurisprudenza (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-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo ( RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze

dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C\_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C\_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C\_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C\_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C\_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGa) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid.

#### **E. 4.4**

pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C\_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C\_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". In una sentenza pubblicata

nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 9C\_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 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). 2.8. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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 psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante 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 del 27 settembre 2001). Per quel che concerne l'invalidità psichica, in due sentenze 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi ( DTF 143 V 409 ) , ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi , che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del TF del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva 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 attraverso 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 e 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, lo 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). Inoltre, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro 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. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà, secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori, provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da

un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai giudizi 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 3.5.1 ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 22 febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3). Questa giurisprudenza è stata confermata nella sentenza 8C\_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Da ultimo, il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e DTF 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. Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che 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. 2.9. Questo Tribunale, chiamato a verificare se l'amministrazione ha correttamente ridotto il diritto alla rendita dell'assicurato a motivo che la sua incapacità lavorativa era migliorata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti e quindi dello stato di salute del ricorrente, non ha motivo di mettere in dubbio le conclusioni a cui essa è pervenuta. Innanzitutto occorre rilevare che le diagnosi a cui sono giunti i due psichiatri che si sono confrontati sul caso dell'assicurato sono sostanzialmente le stesse. Entrambi hanno posto le diagnosi di sindrome ansiosa generalizzata e di disturbo di personalità anancastico (per il perito, disturbo di personalità con tratti narcisisticamente fragili e anancastici). Inoltre, la sindrome depressiva ricorrente indicata dal dr. med. \_\_\_\_\_ nel certificato del 12 aprile 2023 come ancora presente - egli aveva osservato che " La depressione ricorrente diagnosticata anche dal perito, ma da costui non considerata, perché a suo dire non presente, non mi trova concorde, poiché anche se non presente nelle 2 o 3 ore di osservazione del paziente durante la perizia, non vuol dire che rimarrà tale, poiché già la definizione di ricorrenza esclude tale ragionamento clinico. " -, nel certificato del 29 agosto 2023 è stata invece ritenuta, come dal dr. med. \_\_\_\_\_, in remissione e quindi non attiva. Per il perito, era perciò senza influsso sulla capacità. Quanto all'insonnia, per il dr. \_\_\_\_\_ rappresentava uno dei sintomi della patologia ansiosa di base, mentre per il curante era una diagnosi a sé stante essendo un'insonnia cronica di mantenimento a carattere multifattoriale che, di per sé, è un fattore di rischio per una recidiva depressiva. Le divergenze fra gli specialisti riguardo al ruolo dell'insonnia sono poi proseguite sul piano della capacità di guidare da parte del ricorrente. Per il perito, il collega è stato incoerente quando ha affermato che l'insonnia privava l'assicurato delle energie sufficienti per fare fronte a un'attività lavorativa pesante e pericolosa come quella di muratore, ma che gli era comunque permesso guidare un'auto. Secondo il dottor \_\_\_\_\_, guidare una vettura

per mezz'ora o un'ora non è comparabile ad esercitare un lavoro per otto ore con resa del 50%. Al di là di queste divergenze di opinione sulla guida, è pacifico che nel 2016 (doc. D3) il Servizio di neurologia dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ha diagnosticato all'assicurato un'insonnia cronica di mantenimento a carattere multifattoriale, predisposta dalla sindrome delle gambe senza riposo, precipitata dalla sindrome depressivo-ansiosa a sua volta precipitata da dinamiche occupazionali sfavorevoli e perpetuata da inadeguata igiene del sonno. Nel referto del 24 marzo 2016 viene inoltre riferito che da circa 5-6 anni, successivamente a un fallimento lavorativo, l'assicurato lamentava una cattiva qualità del sonno, caratterizzato da un'insonnia di mantenimento e risvegli precoci. Attorno alle 19.30 si addormentava sul divano per un'oretta guardando la televisione, ma al di fuori di tale orario non riferiva sonnolenza diurna che interferiva con le proprie attività. Riportava, invece, spesso un affaticamento nelle ore diurne. Alla successiva visita avvenuta il 13 aprile 2016, l'assicurato ha riferito che l'insonnia di mantenimento e i risvegli precoci erano rimasti immutati, durante la giornata permaneva una sonnolenza resistibile in situazioni monotone, per quanto il sonno fosse riferito ristoratore al risveglio. Ciò nonostante, fino ad aprile 2017 il ricorrente ha regolarmente svolto la sua attività lavorativa di muratore e quindi l'insonnia non l'ha particolarmente ostacolato nell'esercizio del suo lavoro. Al perito ha dichiarato, nel 2023, di coricarsi verso l'una di notte e di dormire tre massimo quattro ore. Durante la perizia il dottor \_\_\_\_\_ non ha però osservato una riduzione delle energie dell'assicurato nonostante lo scarso recupero notturno che ha dichiarato, motivo per cui non ha ritenuto di dovere diagnosticare separatamente un'insonnia cronica, ma l'ha fatta rientrare nei sintomi della patologia ansiosa di base. D'altronde, la vita diurna dell'assicurato l'ha confermato. Pertanto, dalla descrizione della giornata riportata nella perizia, non contestata dal ricorrente, e nel verbale di colloquio del 23 giugno 2022 avuto con due funzionari dell'Ufficio AI, non vi sono elementi tali da ritenere che l'insonnia cronica e multifattoriale abbia avuto - e avrà, in caso di ripresa lavorativa al 50% - una incidenza, a sé stante, sulla capacità lavorativa dell'assicurato così come inteso dallo psichiatra curante. Oltre che sulle diagnosi, il perito e il curante concordano sul fatto che il ricorrente sia abile al lavoro nella sua abituale attività, ma se per il primo la capacità è di otto ore al giorno con riduzione del rendimento del 50%, per il secondo " Che ci sia una minima capacità lavorativa residua è indiscutibile. Che tale capacità non sia costante, non sia proponibile quotidianamente, date le problematiche emerse è altresì vero " (doc. D1 pag. 3). Non va inoltre dimenticato che il 16 agosto 2023 l'assicurato medesimo ha dichiarato al dr. \_\_\_\_\_ che potrebbe fare delle attività molto leggere, come pitturare un appartamento, ma lavorando poche ore al giorno tutti i giorni, senza pressione; poi ha specificato al massimo una o due ore al giorno, ma con i suoi tempi, attività sporadiche, senza sentirsi pressato né obbligato. Al riguardo ha infatti riconosciuto di avere svolto nel 2020 e nel 2021 dei piccoli lavori per amici e conoscenti. A seguito di due segnalazioni anonime giunte all'Ufficio assicurazione invalidità nel 2021, secondo cui i lavori effettuati erano ben più che sporadici e avevano dato luogo a laut introiti, l'Ufficio dell'ispettorato del lavoro ha sentito l'interessato il 28 luglio 2021 (doc. 113). Dopodiché, nel suo referto del 5 ottobre 2021 (doc. 53) il dr. med. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto che era esigibile che l'assicurato lavorasse per due ore al giorno in un'attività adeguata, anche se in maniera incostante, visto che " svolge di tanto in tanto piccoli lavori manuali (2h) ". Quando poi, il 23 giugno 2022, è stato sentito dall'Ufficio AI, l'assicurato ha ribadito di avere solo fatturato Fr. 900.- per due-tre lavori. Ha anche ammesso che " Io andrei a lavorare anche domani, sono un amante del lavoro. Mi piacerebbe tornare a lavorare ma la salute non lo permette. Potrei fare

qualche piccolo lavoretto ma dove non sono stressato e dove non ho dei termini per portare a termine il lavoro. " (doc. 56 pag. 3). Il miglioramento che il perito ha riscontrato durante i due colloqui di inizio 2023 rispetto allo scompenso che il ricorrente ha avuto negli anni 2017 e 2018, era dovuto all'assenza di segni di depressione, mentre v'era un'ansia generalizzata che, pur non sfociando in attacchi di panico, giustificava delle limitazioni parziali e croniche. Il miglioramento era coerente con il fatto che malgrado le sue vulnerabilità strutturali l'assicurato ha sempre lavorato in passato e quando era in difficoltà si è sottoposto alle cure psichiatriche efficaci, con regolarità, senza più la necessità di ricoveri stazionari. Questo miglioramento era inoltre in linea con il funzionamento generale dimostrato negli ultimi anni. Quanto ai limiti funzionali, il perito ha ritenuto che a causa dall'ansia cronica, che si inseriva su una personalità disturbata e che, proprio per questo motivo, non risultava più completamente responsiva alla terapia che fino al momento della perizia aveva invece dato buoni risultati, la disabilità risultava moderata nella flessibilità in caso di stress, nell'integrazione in un gruppo di lavoro, nella persistenza e nell'organizzazione dei suoi compiti. Nessuna disabilità era invece stata individuata per gli altri limiti funzionali, quali il rispetto delle regole, nelle competenze tecniche, nella capacità di giudizio, nelle attività spontanee, nell'assertività, nelle relazioni intime, nella cura di sé e nella mobilità. Il TCA osserva che lo psichiatra curante non ha vagliato questi limiti funzionali né li ha contestati. Egli si è limitato a sostenere che l'assicurato era totalmente inabile al lavoro, ma non ha, a ben vedere, motivato, nel senso di contestualizzare, questa sua tesi, poiché nemmeno ha espresso giudizi che possano inficiare le affermazioni del perito in merito alla capacità lavorativa residua dell'assicurato tenuto conto dei predetti limiti funzionali. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha semplicemente affermato che l'aver assegnato una rendita intera all'insorgente era risultato determinante nel ridurre la sua sofferenza portandolo, anche tramite le cure, a uno stato di salute discreto che verrebbe però vanificato se lo si obbligasse a riprendere a lavorare al 50%. Senza più l'assillo di dovere svolgere un lavoro duro, faticoso e pesante, con diverse responsabilità, egli era infatti riuscito lentamente e faticosamente, con un'importante terapia antidepressiva e in parte anche sedativa data l'ansia e l'insonnia presente, a trovare un equilibrio. Anche l'insonnia era gestita e sopportata meglio, poiché l'assicurato non doveva più alzarsi presto al mattino per andare a lavorare. Pertanto, per il curante, la misura terapeutica del riconoscimento della rendita intera ha svolto e svolgeva un ruolo primario nel mantenere uno stato di discreto benessere dell'assicurato. Ma questa (sola) motivazione non può essere sufficiente per ritenere inconsistenti le dettagliate e approfondite considerazioni del perito psichiatra nel rapporto peritale del 4 febbraio 2023. Quest'ultimo, occorre sottolinearlo, ha contestualizzato le proprie argomentazioni, ovvero ha fatto espresso riferimento al ricorrente, al suo status psichico, al suo vissuto passato, ai suoi comportamenti quotidiani, a come trascorre le giornate, alle sue relazioni di amicizia e sentimentali, alle difficoltà relazionali con un ipotetico datore di lavoro e con dei colleghi che lo comandino o gli mettano pressione nel lavoro, alle impeccabili capacità di controllo che ha dimostrato anche in situazioni di stress. Tutte queste, ed altre circostanze, non sono per contro state esaminate dal dr. \_\_\_\_\_, che è rimasto su un piano sostanzialmente puramente teorico in tutti i suoi referti. Lo stesso dr. \_\_\_\_\_, nel prendere direttamente posizione sull'ultimo referto prodotto dallo psichiatra del ricorrente, ha peraltro rilevato che le posizioni di quest'ultimo consistevano prettamente in commenti generali sull'insonnia e la depressione, senza invece fare puntuali e oggettivi riferimenti al caso del ricorrente e senza presentare degli elementi oggettivi a sostegno di una posizione diversa da quella del perito. 2.10. In

conclusione, la scrivente Corte condivide l'attenta e dettagliata analisi effettuata dal dottor \_\_\_\_\_ sullo stato di salute dell'assicurato, in particolare nel suo primo rapporto peritale, in cui lo specialista si è chinato sull'esame dell'interessato in vari ambiti (personali, lavorativi, quotidiani, sentimentali, ricreativi, ecc.), giungendo alla conclusione che la sindrome depressiva ricorrente era in remissione e quindi non inficiava la sua capacità lavorativa che, per contro, era limitata dalla sindrome ansiosa generalizzata. Benché adeguatamente trattata, la sindrome ansiosa, unita al tratto ossessivo compulsivo e alle necessità di controllo, ha aggravato ulteriormente l'ansia da prestazione sul posto di lavoro e l'ha portato a non più sopportare le critiche e le pressioni del datore di lavoro e dei colleghi. I limiti funzionali individuati dal perito in determinate circostanze giustificavano una riduzione del rendimento in qualsiasi attività nella misura del 50%. Il timore dell'assicurato di non più riuscire a lavorare come dipendente era una conseguenza di quest'ansia, ma egli ha sempre lavorato in tali vesti. Pertanto, secondo l'esperto, la presenza del ricorrente su un cantiere con un rendimento già concordato all'inizio come dimezzato e un mansionario chiaro e ripetuto, sarebbe stata una soluzione adeguata. D'altronde, anche il ricorrente stesso aveva ipotizzato che i suoi disturbi avrebbero comportato che per l'esecuzione di un lavoro avrebbe impiegato il doppio del tempo normalmente necessario. Al riguardo va infine rilevato che se, come visto, le diagnosi poste sono sostanzialmente le medesime, tuttavia gli psichiatri intervenuti esprimono un apprezzamento diverso circa la capacità lavorativa residua dell'insorgente, che il perito ha per l'appunto accertato nella misura del 50% tenuto conto dei summenzionati limiti funzionali, mentre il curante l'ha ritenuta essere nulla senza tuttavia fornire particolari dettagli riferiti alla situazione concreta dell'assicurato. Questo TCA, ricordato il principio del libero apprezzamento delle prove valido (anche) nel diritto delle assicurazioni sociali (art. 61 lett. c in fine LPGGA; cfr. anche STF 9C\_549/2020 del 1° settembre 2021 consid. 3.1 e STCA 32.2022.39 consid. 2.7.2), ritiene con il grado probatorio della verosimiglianza preponderante abitualmente applicabile al diritto delle assicurazioni sociali (DTF 146 V 271 consid. 4.4) che la valutazione medica effettuata dal dr. med. \_\_\_\_\_ sull'incapacità lavorativa in attività abituale e adeguata sia (più) confacente alla realtà documentale (e quindi preferibile) rispetto a quella del curante, posto che di principio in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione dei curanti, anche se specialisti (cfr. supra consid. 2.7). Visto quanto precede, nessuna delle certificazioni prodotte dal ricorrente in questa sede è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni del medico psichiatra consulente nominato dall'Ufficio AI, che ha reso un rapporto peritale e due complementi peritali, tutti avallati dal Servizio Medico Regionale per mano di un medico anch'esso specialista in psichiatria e psicoterapia SMR, a cui va dunque prestata integrale adesione, il quale si è pure infine pronunciato di persona sull'ultimo parere del dr. med. \_\_\_\_\_. La decisione impugnata deve pertanto essere confermata. 2.11. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGGA. L'art. 61 lett. a LPGGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese

di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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