

## **TI\_GERICHTE 32.2010.264 vom 25. August 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-08-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.264](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.264)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.264 du 25 août 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.264 del 25 agosto 2010

### **Regeste**

Decisione con la quale UAI ha rifiutato il diritto a prestazioni all'assicurato non può essere confermata dal TCA, dato che le patologie di origine psichica dell'interessato necessitano di ulteriori approfondimenti. Atti rinviati per complemento istruttorio

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

21.01.2009: contusione toracica accidentale con lesioni coste da IX a XI anteriormente a destra ancora (non fortemente) sintomatiche che limitano la funzionalità ancora di più in questo paziente sufficientemente messo a dura prova.

#### **E. 5**

sindrome lombovertebrale con disturbo statico e posturale del rachide e disturbo accompagnatorio funzionale che si estrinseca a livello dei compartimenti inferiori del rachide vertebrale. Ernia foraminale a sinistra L4-L5 con contatto alla radice L4 a sinistra. Osteocondrosi L3-L4; meno accentuata da L4-L5 a L5-S1 (MRI 21.03.2008). 2007: diagnosticata listesi a livello L3/L4 con sintomatologia ad epicentro delle apofisi spinose Th6.

#### **E. 6**

sindrome dell'edema osseo midollare transiente dell'anca destra (osteoporosi transiente), ancora sintomatica.

#### **E. 7**

iperuricemia sintomatica (artriti di tipo uremico recidivanti).

#### **E. 8**

tunnel carpale bilaterale.

#### **E. 9**

depressione reattiva alla situazione clinica a carattere medio-grave.

#### **E. 10**

Pes varus supinatus destro anche un gardiente patologico degli arti inferiori (di un cm interessante l'arto inferiore destro). Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa 1. patologia peptica del primo tratto gastro-intestinale compensata da terapia farmacologica 2. BCPO con dispnea NYHA II: complicata da episodio di emottisi nel 2008 3. ipertensione arteriosa e dislipidemia trattate. (...) Riassumendo: dalla precisa descrizione degli eventi che hanno colpito questo sfortunato paziente, oltre alle problematiche internistiche menzionate, abbiamo assistito negli anni ad un aggravamento della situazione clinica

globale (osteoarticolare, psichiatrica ed internistica). Da segnalare che il paziente segue attentamente le prescrizioni e le cure e i trattamenti consigliati dai diversi specialisti. Sia i vari specialisti chiamati in causa da un punto di vista reumatologico, neurologico, ortopedico e neurochirurgico, come anche il Prof. \_\_\_\_\_ della terapia del dolore non sono riusciti a risolvere la problematica principale: la ripresa dell'attività lavorativa anche solo a tempo parziale. Anche la farmacoterapia non è di aiuto 200 mg di Lyrica non sono d'aiuto per la concentrazione in una professione quella del meccanico che di concentrazione oltre che di sforzi è costellata. Tutta questa farmacoterapia ha anche dei risvolti non lievi sulla sfera neuropsicologica. Non credo che l'età anagrafica del paziente possa prendere in considerazione una riformazione professionale. Dal mio punto di vista il paziente è alla luce di quanto descritto inabile al lavoro al 100% nella sua ed anche in altro tipo di mansioni professionali." (Doc. 87/10-13) Nelle annotazioni dell'8 luglio 2010, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " Vedi note del 10.11.2008 e seguente valutazione SAM 4.2009 ed infine nota SMR del 18.6.2009 Progetto di decisione del 4.3.2010: nessun diritto a rendita in presenza di grado AI 32% Osservazione al progetto: nuova documentazione medica: rapporto dr.ssa \_\_\_\_\_ del 15.4.2010 Dal rapporto non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla valutazione SAM." (Doc. 89-1) 2.5. In corso di causa, la patrocinatrice dell'assicurato ha trasmesso al TCA un nuovo referto medico, datato 4 novembre 2010, redatto dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: " Con il presente certificato di avere in cura il paziente sopraccitato dal 20.10.2010, la presa a carico specialistica è stata richiesta dal medico curante dr.ssa med. \_\_\_\_\_ a causa della presenza di una persistente sofferenza psicologica. Sulla base degli elementi anamnestico-diagnostico-prognostici in mio possesso e delle osservazioni cliniche accumulate in occasione dei 3 colloqui del 20 e del 26 ottobre rispettivamente del 3 novembre 2010, posso affermare quanto segue: - il signor RI 1 presenta da 4-5 anni una grave deriva bio-psico-sociale consecutiva alle sequele di uno shock anafilattico e ad altre problematiche fisiche (tra l'altro tumore osseo e patologia dentale) e indotta dalla mancata involuzione di una sintomatologia depressiva che ha infiltrato sia l'organizzazione che il funzionamento della personalità - attualmente presenta una severa sintomatologia depressiva caratterizzata da anedonia, abulia, sentimenti di inutilità e incapacità, marcata perdita di slancio-iniziativa-motivazione-piacere, massiccia assenza di prospettive-ideali-ambizioni con totale impossibilità di proiettarsi costruttivamente nel futuro e tendenza a percepire il corso dell'esistenza come avvilito e senza speranza; gli affetti sono estremamente depressivi e il corso del pensiero è di registro melanconiforme con frequenti pensieri di morte, senza peraltro concrete intenzioni di passaggio all'atto autodistruttivo (afferma che ciò che lo motiva a non realizzare un tale gesto è la presenza del nipotino di 5 anni, del quale si occupa spesso e che attualmente rappresenta per lui l'unica speranza per il futuro). Descrive un quotidiano insoddisfacente e povero di spunti motivanti (salvo l'accudimento del nipotino), trascorso in un continuo e pesante sforzo di non mostrare oltre misura la propria sofferenza ai familiari. Fin dal risveglio si sente svuotato e demotivato, trascorre le giornate senza programmi precisi ed in attesa dell'arrivo della sera, per lui l'unico momento sopportabile, oltre, come già detto sopra, a quelli trascorsi con il nipotino. - sul piano diagnostico presenta una grave patologia cronico-involutiva assimilabile ad una: ICD10-F62.1 modificazione duratura della personalità successiva ad un grave scompenso depressivo, senza sintomi psicotici ma di registro cronico-involutivo. - la prognosi socio-occupazionale è a mio avviso da considerare come definitivamente caratterizzata da una totale incapacità lavorativa; questa perdita di

competenze occupazionali è presente, sul piano psichiatrico, da almeno 3-4 anni. - la prognosi clinico-esistenziale è estremamente riservata e sono dell'avviso che malgrado il trattamento psicofarmacologico (CITALOPRAM 40 mg, TRITTICO 100 mg) e la presa a carico psicoterapeutica appena iniziata, l'evoluzione del disturbo rischia di essere poco soddisfacente." (Doc. B) Nelle annotazioni del 22 novembre 2010, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR e la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR, hanno osservato: " Assicurato nato nel 1948, rivalutato in ambito SAM: Perizia pluridisciplinare SAM 09.06.2009 Diagnosi con influenza sulla CL sindrome cervicovertebrale con/su - componente cervicobrachiale, prevalentemente a destra; - alterazioni statiche della colonna vertebrale; - alterazioni degenerative cervicali C3-C7; - osteocondrosi, spondilosi e spondilartrosi, nonché uncartrosi soprattutto localizzate ai segmenti C5-C7; sindrome toracolombovertebrale con/su - alterazioni statiche; - tendenza ipercifotica della toracale che si prolunga alle prime vertebre lombari; - scoliosi destro-convessa; - pregressa frattura di Th12 e delle apofisi trasverse L1, L2, L4, 21.08.2004; - discopatia con osteocondrosi e spondilosi al segmento L3/L4 ed in minor misura L4/L5; gonartrosi a destra con/su - pregressa distorsione del ginocchio destro, novembre 1987; - pregresso intervento chirurgico con artrotomia, suture e fissazioni transossarie del legamento crociato anteriore, sutura aperta del menisco mediale al corno posteriore e ricostruzione dell'angolo posteriore mediale, 20.11.1987; - pregresse due artroscopie di controllo, 1987; episodio depressivo lieve con/su - sindrome biologica (ICD10-F32.1) valutato impedimento del 30% in attività adatta decisione UAI 25.08.2010: nessun diritto a rendita AI ricorso: documentazione presentata: rapporto dr. \_\_\_\_\_ del 4.11.2010: - viene posta la diagnosi F62.1, modificazione duratura della personalità successiva a malattia mentale in cura psichiatrica dal 20.10.2010: attualmente presenta una severa sintomatologia depressiva che viene descritta clinicamente. Viene posta la diagnosi di Modificazione duratura della personalità (ICD10-F62.1) successiva ad un grave scompenso depressivo, senza sintomi psicotici ma di registro cronico-involutivo. Tale documentazione non porta elementi clinici che possano modificare le valutazioni riportate nella perizia SAM dallo psichiatra dr. \_\_\_\_\_ in quanto il quadro clinico descritto viene contestualizzato nell'attualità e la presa a carico psichiatrica è avvenuta solo nell'ottobre 2010. Si può ammettere quindi che vi sia stata una modificazione della patologia psichiatrica ma solo dall'ottobre 2010, data della presa a carico psichiatrica." (Doc. X/bis) 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di

prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). 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). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che il 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: "(...) 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che 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 ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (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, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, 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, 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.6.), questo Tribunale non può confermare l'operato dell'Ufficio AI, in quanto la problematica psichica non è stata sufficientemente chiarita. Nonostante l'amministrazione, dopo una valutazione peritale reumatologica, abbia fatto esperire, conformemente a quanto stabilito nella precedente decisione su opposizione del 12 novembre 2008 (cfr. doc. 66), una valutazione pluridisciplinare, questo Tribunale ritiene di non potersi fondare sul referto peritale del 9 giugno 2009 dei medici del SAM per stabilire quali siano i disturbi di natura psichiatrica dell'interessato e l'influsso che gli stessi hanno sulla sua capacità lavorativa residua. Se, da una parte, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione pluridisciplinare del SAM del 9 giugno 2009 per quanto concerne le patologie di origine somatica, la cui correttezza è stata poi confermata anche dal SMR – e che, del resto, non è stata sconsigliata, in sede ricorsuale, tramite dei referti medico-specialistici attestanti l'esistenza di ulteriori patologie somatiche, in grado di influire maggiormente sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato – d'altra parte lo stesso discorso non può invece valere con riferimento ai disturbi di origine psichica dell'interessato. Nella valutazione psichiatrica eseguita dal dr. \_\_\_\_\_ in data 31 marzo 2009 nell'ambito della perizia SAM, lo specialista in psichiatria ha considerato che l'assicurato presenta “un episodio depressivo lieve con sindrome biologica (ICD10-F32.01)”, con una prognosi favorevole (doc. 75-26). In corso di causa, la patrocinatore dell'assicurato ha prodotto un referto specialistico, datato 4 novembre 2010, redatto dal dr. \_\_\_\_\_, nel quale è stata posta la diagnosi di “modificazione duratura della personalità successiva ad un grave scompenso depressivo, senza sintomi psicotici ma di registro cronico-involutivo (ICD10-F62.1)”. A mente del curante, tale diagnosi riduce in maniera completa la capacità lavorativa dell'assicurato, precisando che “questa perdita delle competenze occupazionali è presente, sul piano psichiatrico, da almeno 3-4 anni” (cfr. doc. B). Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 25 agosto 2010 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, il referto del dr. \_\_\_\_\_ del 4 novembre 2011 (doc. B) è successivo alla decisione impugnata. Esso va tuttavia preso in considerazione, dato che il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che l'inabilità lavorativa del 100% per motivi psichiatrici è presente “almeno da 3-4 anni” (cfr. doc. B). Pertanto, potendo il referto del 4 novembre 2011 del dr. \_\_\_\_\_ permettere di accertare lo stato di salute dell'assicurato antecedente al provvedimento contestato, tale rapporto è rilevante ai fini del presente giudizio. Esso è suscettibile di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 25 agosto 2010 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). È vero che nelle loro annotazioni mediche del 22 novembre 2010, il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR - pur riconoscendo che effettivamente “vi sia stata una modificazione della patologia psichiatrica” - hanno tuttavia ritenuto che un tale cambiamento, dal profilo psichiatrico, sia presente solo dal mese di ottobre 2010, vale a dire

dal momento della presa a carico specialistica presso il dr. \_\_\_\_\_, ritenuto che lo psichiatra curante, nel suo referto, ha attestato la presenza a quel momento (cfr. doc. B: "attualmente") di una severa sintomatologia depressiva (doc. X/bis). Il TCA ritiene, tuttavia, di non potere condividere, in mancanza di ulteriori approfondimenti, tale critica dei medici del SMR. Se, infatti, è indubbio che il dr. \_\_\_\_\_, nel suo referto del 4 novembre 2010, ha descritto nei dettagli i sintomi da lui constatati in occasione dei tre incontri specialistici del 20 ottobre 2010, 26 ottobre 2010 e del 3 novembre 2011, indicando che "attualmente presenta una severa sintomatologia depressiva caratterizzata da ..." (cfr. doc. B), è altrettanto vero che lo psichiatra curante ha pure espressamente rilevato che l'assicurato presenta "da 4-5 anni una grave deriva bio-psico-sociale consecutiva alle sequele di uno shock anafilattico e ad altre problematiche fisiche (tra l'altro tumore osseo e patologia dentale) e indotta dalla mancata involuzione di una sintomatologia depressiva che ha infiltrato sia l'organizzazione che il funzionamento della personalità", aggiungendo che l'incapacità lavorativa totale dell'interessato "è presente sul piano psichiatrico da almeno 3-4 anni" (doc. B). Alla luce di queste considerazioni esposte dal dr. \_\_\_\_\_, il TCA non può, in mancanza di ulteriori accertamenti specialistici, stabilire con sufficiente tranquillità se l'insorgenza di un peggioramento dei disturbi di carattere psichiatrico, con influsso sulla capacità lavorativa residua dell'interessato, segnalati dal dr. \_\_\_\_\_ e riconosciuti, seppur solo a decorrere dal mese di ottobre 2010, dagli stessi medici del SMR, sia intervenuto già prima dell'emissione della decisione impugnata oppure no. Alla luce delle affermazioni del dr. \_\_\_\_\_, infatti, questo Tribunale non può escludere che il peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato, dal profilo psichiatrico, sia avvenuto ancora prima del 25 agosto 2010. Tale soluzione si giustifica tanto più considerato il tempo (più di un anno) trascorso tra la valutazione peritale eseguita dal dr. \_\_\_\_\_ nell'ambito della perizia SAM (31 marzo 2009) e l'emanazione della decisione impugnata (25 agosto 2010).

2.8. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560), il quale ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche. Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale

ha ricordato - facendo riferimento a una sua pronunzia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché faccia allestire al più presto una perizia psichiatrica presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali al fine di chiarire sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa del ricorrente. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, tenendo conto anche delle patologie di natura somatica dell'interessato, se del caso opportunamente aggiornate, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (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.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

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