

TI_GERICHTE 32.2011.46 vom 6. Januar 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-01-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.46

FR: TI_GERICHTE 32.2011.46 du 6 janvier 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.46 del 6 gennaio 2011

Regeste

Ricorso accolto. L'assicurato è ritenuto inabile al lavoro in misura del 70-75% almeno dal mese di marzo 2008. La decisione va dunque modificata e l'assicurato messo al beneficio di una rendita intera d'invalidità a far tempo dal 1° giugno 2008

Erwägungen

E. 29

maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). 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; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 105 V 30). 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. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è 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. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre

avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.5. Con la decisione del 14 luglio 2005 l'UAI ha attribuito all'assicurato tre quarti di rendita d'invalidità a far tempo dal 1° gennaio 2004, sulla base, per quanto riguarda la patologia psichiatrica, della valutazione del Dr. _____.

Nel rapporto del 24 novembre 2004 il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi di “ Disturbo organico di personalità con umore depresso ” e indicato che le capacità psichiche dell'assicurato “ sono soprattutto ridotte per la componente neuro psicologica e depressiva che influiscono al massimo al 25%■30% sulle sue capacità lavorative da ultimo svolte ” (doc. AI 75-17). A seguito della decisione del 23 aprile 2009 del TCA che ha rinviato gli atti all'UAI per nuovi accertamenti di carattere psichiatrico, l'amministrazione ha predisposto un accertamento presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS) di Bellinzona (doc. AI 156-1). Nella perizia del 5 novembre 2009 il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e direttore del CPAS e la Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo aver riassunto l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi, quelli oggettivi e la terapia psichiatrica attuale, hanno posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità di lavoro di “ Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media entità (ICD 10: F33.1) ” (doc. AI 158-9). I periti hanno quindi esposto la seguente valutazione: " (...) 6. DISCUSSIONE Siamo confrontati con un uomo di origine marocchina, di 60 anni, nato e cresciuto in _____ e formatosi professionalmente in _____ dove ha ottenuto il diploma per autista di trax. Si sposa nel 1978 con una donna svizzera conosciuta a _____ (madre di una figlia nata da una

precedente relazione) e nel medesimo anno si trasferisce in Svizzera. Dall'unione nasce un figlio ora 30enne e l'A. cresce come sua anche la figlia della moglie. Dal 1978 fino al 2000 l'A. ha mantenuto un'attività lavorativa, conservando l'impiego di autista presso una ditta di _____ dal 1980 al 2000. Dal 1978 ad oggi l'A. presenta una serie di infortuni tra cui: - frattura alla caviglia sinistra giocando a calcio (1978) - lussazione dell'articolazione acromioclavicolare dx giocando a calcio (1982) - contusione al ginocchio dx per infortunio lavorativo (1984) - incidente della circolazione con frattura in serie delle coste dalla 7 alla 12esima, emotorace con versamento pleurico e spappolamento del colon ascendente con amnesia parziale per circa 1 ora (1985) - incidente della circolazione con commozione celebrale, contusione alla colonna vertebrale cervicale e lombare, deficit di memoria verbale e visiva a breve e a lungo termine (1994) - incidente della circolazione senza danni maggiori (2001) - caduta per scivolamento con contusione, distorsione alla spalla dx e successiva conferma di frattura (2001) - intervento di artroscopia alla spalla dx (2002) - caduta per scivolamento con trauma alla spalla dx alla colonna lombare (2003) - intervento chirurgico con asportazione di ernia discale L4-L5 (2003). Tra il 1999 e il 2000 l'A. viene licenziato dalla ditta di _____, dove lavorava dal 1980 e sviluppa progressivamente una sintomatologia ascrivibile ad un quadro depressivo di tipo reattivo incrementato dai limiti funzionali dettati dagli infortuni soprariportati, che già avevano parzialmente compromesso la sua capacità di lavoro. Nel medesimo anno decide di separarsi dalla moglie e si trasferisce a vivere da solo. Da quel momento non riuscirà più a reinserirsi nel mondo del lavoro. Dal marzo 1995 gli viene riconosciuta una rendita di invalidità in misura del 50% e tale rendita viene aumentata a 3/4 dal mese di gennaio 2004 dopo una valutazione del SAM di Bellinzona. Nel mese di novembre del 2005 l'A. inoltra una nuova richiesta di prestazioni per adulti dichiarandosi inabile in maniera completa all'attività lavorativa a decorrere dal mese di novembre 2003. Seguono nuovi certificati medici del curante Dr. _____ e una perizia ortopedica del Dr. _____ del 30.10.2007 che conferma un grado di capacità lavorativa massimo del 50% in situazioni ideali. La richiesta di aumento della rendita da parte dell'A. viene quindi respinta dall'UAI in data 19.2.2008 e contro tale decisione l'A. patrocinato dal RA 1 inoltra opposizione e ricorso nel luglio 2008. Nel mese di aprile 2009 il TCA dà indicazione per un ulteriore approfondimento psichiatrico presso il nostro centro inteso a delucidare l'aspetto diagnostico e le ripercussioni dei disturbi presenti sulla capacità lavorativa dell'assicurato. L'attuale valutazione si rende pertanto necessaria in tale ambito. Alla valutazione attuale emerge un quadro clinico che depone per una depressione di entità almeno media: l'A. in entrambi i colloqui mostra un'elevata quota d'ansia associata ad una deflessione timica accompagnata ad idee passive di morte. È osservabile un generale rallentamento psicomotorio con deficit mnemonici, facile distraibilità e sono altrettanto presenti spunti persecutori e rivendicativi. L'immagine personale è compromessa ed emergono ripetutamente sentimenti di inadeguatezza ed insufficienza. Ciò che possiamo osservare all'esame clinico trova una corrispondenza nella raccolta anamnestica e nella descrizione della giornata. L'A. ha progressivamente nel corso degli anni perso lo slancio vitale, l'integrazione sociale, i ritmi della propria giornata volgendo progressivamente verso uno stato di incuria personale e di isolamento sociale. Parallelamente si sono consolidati gli spunti persecutori, già presenti in passato, che hanno rafforzato la tendenza all'isolamento, nel tentativo da un lato l'A. di evitare atteggiamenti razzisti e dall'altro di sottrarsi alle possibili critiche anche di amici e famigliari. Dal quadro psicopatologico osservato, dalla raccolta anamnestica, dagli atti a disposizione e dal colloquio telefonico con il curante Dr. _____ che conferma quanto sopra riportato,

riteniamo ragionevolmente che il licenziamento avvenuto nel 2000 abbia precipitato un quadro depressivo già precedentemente presente e in parte reattivo ai limiti somatici dettati dagli infortuni occorsigli dal 1978 in poi. Un nuovo peggioramento delle condizioni psichiche è inoltre descritto dall'A. a decorrere dal novembre 2003 dopo l'intervento chirurgico per asportazione di ernia discale L4-L5 (la perizia dell'ottobre 2007 del Dr. _____ non segnala un ulteriore compromissione della CL per motivi reumatologici). Pur ammettendo una possibile origine reattiva della sintomatologia depressiva, riteniamo che la lunga durata dei disturbi somatici e il riproporsi di infortuni di varia natura, unitamente ad una predisposizione personale, abbiano portato alla strutturazione di una sindrome depressiva ricorrente, il cui decorso si è aggravato progressivamente, anche in assenza di cure specialistiche. Al momento attuale reputiamo che il quadro psicopatologico presente, deponga per un episodio depressivo di entità media e sia responsabile di un'incapacità lavorativa di circa il 75%, ma in assenza di certificati specialistici risulta difficoltoso datare con precisione il momento in cui gli aspetti psichici abbiano determinato un aumento dei limiti lavorativi. A tal proposito segnaliamo che il curante Dr. _____ nel suo rapporto del marzo 2006 pone lo stato depressivo tra le diagnosi senza ripercussione sulla CL. In un successivo rapporto datato 10 marzo 2008, il curante cita quali disturbi psichici una depressione cronica in seguito a dolori e un'incapacità lavorativa con insolazione sociale consecutiva, senza per altro indicare nello specifico per questo aspetto, una percentuale di incapacità lavorativa (viene riportata una IL del 75% in riferimento ad un'attività leggera senza specificare se per aspetti somatici o psichici). Segnaliamo altresì che l'A. non si è mai rivolto alle cure di uno specialista sentendosi sufficientemente preso a carico sia dal punto di vista psicoterapeutico che dal punto di vista psicofarmacologico dal suo medico curante Dr. _____. A conclusione di quanto esposto riteniamo che l'A. sia da considerarsi inabile all'attività lavorativa in misura del 75%, ma in assenza di precedenti certificati medico-psichiatrici e considerando l'andamento progressivamente invalidante della patologia, non ci è possibile datare l'inizio del peggioramento. Consideriamo pertanto l'A. inabile in misura del 75% a decorrere dalla presente perizia, ovvero dal mese di ottobre 2009.

B. CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO

1. Descrizione di risorse e deficit La grave deflessione timica, la componente ansiosa generalizzata, il severo ritiro sociale con isolamento, la perdita dei ritmi della giornata, e i deficit cognitivi superiori compromettono il globale funzionamento dell'A. e la sua attività lavorativa in qualsiasi campo.

2. Capacità di lavoro nell'attività attuale o da ultimo svolta A causa del quadro psicopatologico descritto l'A. è da considerarsi inabile in qualsiasi attività lavorativa in misura del 75%.

3. Periodi di inabilità lavorativa accertabili IL del 75% da ottobre 2009. Precedentemente rendita AI di 3/4

C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' D'INTEGRAZIONE

1. Indicazioni mediche per interventi di integrazione Non vi sono al momento indicazioni mediche per interventi di integrazione, ma risulta esigibile e indicata una presa a carico medico-psichiatrica specialistica a decorrere da subito.

2. Possibilità di migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale Non concerne.

3. Capacità di lavoro per altre attività No, IL per qualsiasi attività.

D. OSSERVAZIONI Segnaliamo che una presa a carico psichiatrica specialistica risulta esigibile e indicata a partire da subito. L'A. stesso dichiara di essere disponibile a sottoporsi alle cure del caso e il medico curante si è reso disponibile a sostenerlo in tal senso. Una rivalutazione delle condizioni psichiche volta a verificare un eventuale miglioramento dopo trattamento adeguato, è pertanto indicata tra non meno di un anno.” (doc. AI 158-9+10+11+12) 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso 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 (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Nella sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 il TF ha in particolare precisato quanto segue a proposito del valore probatorio delle perizie di un SAM: " 2.2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 136 V 376 dargelegt, dass diese Kritik im Ansatz unzutreffend ist, weil sie die verfassungs- und gesetzesrechtlichen Grundlagen der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege ausblendet. Danach handelt die IV-Stelle im Verwaltungsverfahren nicht als Partei, sondern als zur Neutralität und Objektivität verpflichtetes Organ des Gesetzesvollzugs. Solange kein Beschwerdeverfahren angehoben ist, läuft ein Einparteienverfahren mit dem Leistungsgesuchsteller als Partei und der IV-Stelle als Behörde, welche nach den Grundsätzen des Amtsbetriebes die Herrschaft über das Verfahren innehat. Nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren wird die Verwaltung zwar im prozessualen Sinne zur Partei; sie bleibt lite pendente indessen weiterhin an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes, der Objektivität und Neutralität verpflichtetes Organ. Daher hat sie nicht auch im materiellen Sinn Parteieigenschaft. Von dieser Rechtslage geht die Judikatur über die Beweiskraft versicherungsmedizinischer Berichte und Gutachten (BGE 125 V 351 ; 122 V 157) aus. Sind formell einwandfreie und materiell schlüssige (das heisst beweistaugliche und beweiskräftige) medizinische Entscheidungsgrundlagen des Versicherungsträgers (Administrativgutachten) vorhanden, so besteht daher nach der Rechtsprechung kein Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). Gemäss der Rechtsauffassung, wie sie in der gesetzlichen Ordnung über die Amtsermittlungspflicht des Sozialversicherungsträgers zum Ausdruck kommt, wird Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwergewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens geführt, nicht im gerichtlichen Prozess. Hierin liegt eine Grundentscheidung des Gesetzgebers, deren Abänderung im formellen Gesetz vollzogen werden müsste (vgl. Art. 164 Abs. 1 lit. e-g BV). Die Verwaltung ist aufgrund von Art. 89 Abs. 2 lit. a BGG immer dann zur Beschwerde berechtigt, wenn der angefochtene Akt die Bundesgesetzgebung in ihrem Aufgabenbereich verletzen kann. Aus der formellen Parteieigenschaft der Durchführungsstelle im gerichtlichen Prozess bzw. der Legitimation zur Erhebung von Beschwerden in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann offensichtlich nicht gefolgert werden, auch die Beweiserhebungen der IV-Stelle im (vorausgehenden) nichtstreitigen Verfahren bis zum Verfügungserlass seien Handlungen einer (formellen) Partei, womit das spätere gerichtliche Abstellen hierauf gegen die Verfassung oder die EMRK verstiesse. 2.2.3 Die grundsätzliche Verfassungs- und Konventionsmässigkeit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute in der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigt ein rechtsvergleichender Ausblick. Danach kann - eine zweifellos in die Kompetenz des nationalen Gesetzgebers fallende Grundentscheidung - die medizinische Sachkompetenz entweder bei der entscheidenden Behörde selber liegen oder bei zur Entscheidung im Einzelfall beizuziehenden Sachverständigen. (...) 2.3 Im Hinblick auf die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sind die MEDAS gesetzlich (Art. 59 Abs. 3 IVG) vorgesehene Hilfsorgane der Invalidenversicherung. Als solche unterliegen sie gleich wie die IV-Stellen selber dem verfassungsmässigen Gebot eines neutralen und objektiven Gesetzesvollzugs. Institutionell wird die Eigenschaft der Neutralität und Objektivität durch die selbständige Stellung der MEDAS gestützt. Ihre Selbständigkeit zeigt sich darin, dass sie in ganz verschiedenen, selber gewählten Rechtsformen auftreten und auf unterschiedlichen

Trägerschaften beruhen; sodann werden sie vom BSV weder fachlich beaufsichtigt (vgl. Art. 64a IVG), noch sind sie im Einzelfall weisungsgebunden. Ihre Kosten werden naheliegenderweise aus der IV-Rechnung gedeckt, weshalb sie mit dem BSV auf tarifvertraglicher Grundlage zusammenarbeiten (zu der daraus sich ergebenden Problematik vgl. aber unten E. 3.1.2). Unter diesen Umständen kann das Gebot der Verfahrensfairness nicht allein durch den Umstand verletzt sein, dass gutachtliche und andere medizinische Erkenntnisse aus dem Administrativverfahren die wesentliche tatsachenbezogene Entscheidungsgrundlage für die gerichtliche Überprüfung des Verwaltungsaktes bilden. Die Konzeption, wonach ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekt erhobenen Beweise abstellen und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichten darf, bleibt grundsätzlich vereinbar mit Völker- und Bundesrecht (BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469). Aus der Rechtsvergleichung ergibt sich keine im europäischen Raum allgemein anerkannte einheitliche Rechtsauffassung, dass über streitige Sozialleistungen nur aufgrund eines gerichtlichen Beweisverfahrens abschliessend entschieden werden dürfte (unten E. 4.3). Eine andere Frage ist, wie es sich verhält, wenn ein Gericht die ursprüngliche Beweisgrundlage einmal verworfen hat (dazu unten E. 4.4 .)" (...) 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 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, 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. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale effettuata dal CPAS per quanto riguarda la diagnosi e la percentuale d'inabilità lavorativa (75% anche in attività adeguate) posta dai periti. Essendo il quadro clinico dell'assicurato, su questi punti, incontestato (cfr. doc. I), è quindi superfluo dilungarsi, non essendovi contestazione tra le parti. Oggetto del contendere è invece la data di decorrenza della rendita intera d'invalidità attribuita a RI 1. Nella decisione impugnata l'UAI ha oggettivato il peggioramento del quadro clinico dell'assicurato, richiamando la perizia del CPAS, nel mese di ottobre 2009 (doc. AI 185-1). Il ricorrente, da parte sua, sostiene che se l'amministrazione avesse subito accertato l'effettivo stato di salute dell'assicurato avrebbe dovuto riconoscere una rendita intera con effetto dal mese della domanda di revisione (novembre 2005), subordinatamente dalla data d'invio delle osservazioni al primo progetto di decisione (marzo 2008) (doc. I). Come anticipato al consid. 2.3., in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non

soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). 2.8. In una sentenza 8C_427/2011 del 15 settembre 2011 l'Alta Corte ha sviluppato le seguenti considerazioni: " 4.2.3 Die Versicherte wendet im Wesentlichen ein, eine Persönlichkeitsveränderung, wie sie von Dr. med. P._____ diagnostiziert werde, müsse definitionsgemäss schon seit längerer Zeit bestehen. Dies spreche gegen die Verlässlichkeit des Untergutachtens der Frau med. pract. H._____, welche keine solche Diagnose gestellt habe. Sodann stützt die Beschwerdeführerin ihre Auffassung auf verschiedene Aussagen im RAD-Bericht vom 27. November 2009 und auf den Umstand, dass die IV-Stelle gemäss Vorbescheid vom 7. März 2011 davon ausgehe, ab 1. Juli 2010 bestehe Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. 4.2.4 Auch Frau med. pract. H._____ hat die Belastungsfaktoren, welche Dr. med. P._____ der Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung zugrunde legt, erwähnt. Dass sie sich dadurch, unter Berücksichtigung der von ihr vorgenommenen Untersuchung, nicht zur gleichen Diagnosestellung wie Dr. med. P._____ veranlasst sah, lässt ihre Ausführungen nicht als unrichtig erscheinen. Zudem dürfte sich die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. P._____ eher auf die von ihm zusätzlich diagnostizierte depressive Episode beziehen. Diese wiederum bezeichnet der Psychiater als rezidivierend. Sie muss daher nicht bereits im Jahr 2006 oder bei der Begutachtung durch Frau med. pract. H._____ bestanden haben. Die weiteren medizinischen Akten enthalten denn auch keine Hinweise auf eine frühere Manifestation eines solchen Leidens im damaligen Zeitpunkt. Es ergibt sich aus den Akten ebenfalls nicht, dass sich eine Persönlichkeitsveränderung vor dem Behandlungsbeginn bei Dr. med. P._____ auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätte. Zu beachten ist zudem, dass es generell und namentlich bei psychischen Störungen schwierig ist, rückwirkend und überdies für einen weit zurückliegenden Zeitraum die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen (Urteile 8C_418/2010 vom 27. August 2010 E. 5.3.2 und 8C_808/2007 vom 16. Mai 2008 E. 5.4.1 mit Hinweisen). Dies spricht ebenfalls eher für die näher beim massgeblichen Zeitpunkt der Renteneinstellung liegende Beurteilung der psychiatrischen Expertin als für die retrospektive des Dr. med. P._____. Hinzu kommt, dass dieser, wie die Vorinstanz richtig erwähnt, als behandelnder Arzt Bericht erstattet hat. Rechtsprechungsgemäss sind nun aber Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zur Patientin oder zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, was für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren, gilt (SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 E. 4.2 mit Hinweis; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 und 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Die vorinstanzliche Beurteilung, wonach die Aussagen des Dr. med. P._____ das Gutachten der Frau med. pract. H._____ nicht zu entkräften vermögen, erweist sich aus den dargelegten Gründen jedenfalls nicht als offensichtlich unrichtig oder sonstwie rechtsverletzend." 2.9. Nella perizia del 5 novembre 2009 il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e direttore del CPAS e la Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, hanno considerato l'assicurato inabile all'attività lavorativa nella misura del 75% a decorrere dalla data della perizia (i due colloqui sono stati effettuati il 6 e il 14 ottobre 2009, cfr. doc. AI 158-1), ovvero dal mese di ottobre 2009 non essendo possibile datare l'inizio del peggioramento. I periti hanno giustificato tale procedere con " l'assenza di precedenti certificati medico-psichiatrici e considerando l'andamento

progressivamente invalidante della patologia” (doc. AI 158-11). Questo Tribunale, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l’operato dell’amministrazione, per le ragioni che seguono. Dagli atti dell’incarto emerge che successivamente alla valutazione peritale del Dr. _____ del 24 novembre 2004 nella quale veniva posta la diagnosi di “ Disturbo organico di personalità con umore depresso ” e indicato che le capacità psichiche dell’assicurato “ sono soprattutto ridotte per la componente neuro psicologica e depressiva che influiscono al massimo al 25%■30% sulle sue capacità lavorative da ultimo svolte ” (doc. AI 75-17), non vi sono agli atti certificazioni mediche che attestano un’incapacità lavorativa per motivi psichici sino al 10 marzo 2008. In sede di domanda di revisione del 24 novembre 2005 l’assicurato non aveva indicato alcuna patologia psichiatrica per quanto riguarda il danno alla salute (pto. 7.2, doc. AI 89-5). Interpellato dall’Ufficio AI, in merito al peggioramento del quadro valetudinario dell’assicurato, il medico curante Dr. _____, FMH in medicina generale, il 16 gennaio 2006 non aveva fatto riferimento ad alcuna patologia psichiatrica, limitandosi ad indicare problemi d’instabilità vertebrale sul segmento L5/S1 (doc. AI 92-1). Nel referto del 6 marzo 2006 lo stesso medico curante Dr. _____ aveva posto la diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di depressione (doc. AI 96-3). È unicamente con il certificato del Dr. _____ del 17 marzo 2008 che viene nuovamente attestato un disturbo di natura psichiatrica. Circostanza questa peraltro già emersa nell’ambito della precedente procedura dinanzi questa Corte (cfr. sentenza del 23 aprile 2009, pag. 25). Il Dr. _____, in data 17 marzo 2008, ha infatti indicato che RI 1 soffre di “ depressione cronica in seguito a dolori e incapacità lavorativa con isolamento sociale consecutiva ” (doc. AI 124-1) Nella precedente sentenza il TCA ha dunque rinviato gli atti all’amministrazione, la quale – erroneamente secondo questa Corte – aveva fatto riferimento al referto peritale del 24 novembre 2004 (tre anni e mezzo antecedente alla decisione impugnata) per giustificare un mancato peggioramento del quadro psichiatrico, senza procedere ad alcun nuovo esame specialistico. Nella perizia del 5 novembre 2009 il Dr. _____ e la Dr.ssa _____, non sono stati però in grado di datare l’inizio del peggioramento, ragion per cui, in assenza di precedenti certificati medico-psichiatrici e considerando l’andamento progressivamente invalidante della patologia, lo hanno fissato al mese di ottobre del 2009 (doc. AI 158-11). In data 28 luglio 2011 questa Corte ha interpellato il medico curante, Dr. _____ per le seguenti precisazioni: “ (...) 1) A quale classificazione ICD appartiene la patologia psichiatrica diagnosticata all’assicurato nel 2008 ? 2) Ci può descrivere il decorso di tale patologia e i trattamenti intrapresi (terapia, farmacologia) ? 3) Quale grado d’incapacità lavorativa comporta per il paziente ? Quando ha preso inizio tale incapacità lavorativa ? È tuttora presente ? 4) Questa patologia da cosa è determinata ? 5) Per quale motivo l’assicurato, a quel momento, non è stato inviato da uno specialista in psichiatria e psicoterapia ?” (doc. VIII). Il Dr. _____ ha così risposto in data 7 agosto 2008: “ (...) 1. la classificazione ICD-10 della patologia psichiatrica diagnosticata nel 2008 è: sindrome depressiva ricorrente con episodi di media entità (ICD-10: F33.1) 2. la depressione fu scatenata e mantenuta della situazione di disoccupazione ed isolamento sociale, combinata con variabili dolori invalidanti di processi degenerativi dello scheletro assiale, che necessitavano interventi specialistici senza risultato positivo. Sono stati somministrati antidepressivi triciclici (i nuovi ISSR non sono stati supportati) che hanno avuto effetto anche sulla cefalea cronica. 3. 75% dal ottobre 2009 con precedente rendita AI di 3/4 . L’incapacità lavorativa è tuttora presente. 4. Vedasi allinea 2. 5. Il trattamento ed il decorso è risultato soddisfacente. Conosco il paziente da circa trent’anni ed ho proposto anche

questo appoggio professionale, che però durante il decorso non è stato necessario ed anche non gradito da parte del paziente” (doc. IX). Nel complemento del 17 agosto 2011 il Dr. _____ ha aggiunto: " (...) Precisazione del capoverso 3. della risposta del 7.8.2011 concernente il paziente in merito: l'inabilità lavorativa del 75% dovuto alla depressione esisteva già al 17.3.2008 e la decisione del incapacità lavorativa con ottobre 2009 si basa sulla perizia psichiatrica incaricata da parte dell'AI." (doc. XI) I medici del SMR da parte loro, nelle annotazioni del 30 agosto 2011, hanno indicato che il medico curante non ha precisato in quale modo la patologia psichiatrica ha influito sulla capacità lavorativa limitandola al 25% e non fornirebbe elementi sufficienti per concludere che era presente già dal mese di marzo 2008 (doc. XVbis). Il 6 settembre 2011 questa Corte ha quindi nuovamente interpellato il Dr. _____, per le seguenti precisazioni: " (...) 1) A partire da quando il signor RI 1 è suo regolare paziente ? 2) Nello scritto del 17 agosto 2011 ci ha indicato che la patologia psichiatrica esisteva già al 17 marzo 2008. Ci può indicare a partire da quando (data esatta) tale patologia è peggiorata divenendo invalidante per il paziente ? 3) Ritenuto che prima del referto del 17 marzo 2008 non è mai stata diagnosticata una patologia psichiatrica con conseguenze sulla capacità lavorativa (nel suo referto del 6 marzo 2006 la depressione era inserita nelle diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa), cosa è intervenuto nel marzo del 2008 per ritenere RI 1 inabile al lavoro per la depressione ? 4) Sulla base di quali elementi ha potuto constatare questo peggioramento ? 5) Nello scritto del 7 agosto 2008 ci ha indicato che sono stati somministrati al paziente degli antidepressivi triciclici. A partire da quando (data esatta) ha prescritto a RI 1 tali medicinali ? 6) Nel certificato medico del 17 marzo 2008 lei ha diagnosticato dei disturbi fisici (dolori cronici lombo vertebrali, cefalee frequenti, dolori alle spalle, dolori addominale) e disturbi psichici (depressione cronica) e indicato un'incapacità lavorativa del 70%. La percentuale del 70% si riferiva ai disturbi somatici o a quelli psichici ? Come si giustifica tale incapacità lavorativa ?" (doc. XVIII). Il Dr. _____, in data 19 settembre 2011, ha così risposto: " (...) 1) Dal 1980 2) il 17.3.08 è la data per il peggioramento della depressione influenzando la capacità lavorativa in modo importante 3) l'accumulo delle sofferenze fisiche che non sono state considerate in modo adeguato delle assicurazioni. 4) Ritiro dei contatti sociali sempre più drastico, assenza di appoggio di terzi, cefalea sempre più frequente e incisivo con insonnia, espressione simbolica di idee di suicidio, accenno di sopravvivere solo grazie alla propria fede 5) dal 5.12.08 (preciso che l'indicazione e il tentativo di somministrare di tali medicinali non erano possibili poiché il paziente non poteva accettare tale idea causa la sua fede) 6) Non mi sento in grado di attribuire con chiarezza l'incapacità lavorativa con questa anamnesi lunga che rappresenta una sofferenza fisica e psichica intrecciata con esordio fisico" (doc. XIX). L'UAI, nelle osservazioni del 28 settembre 2011, ha confermato il proprio provvedimento riprendendo le annotazioni dei medici del SMR, Dr.ssa _____ e Dr. _____, i quali hanno concluso che il medico curante, pur riferendo di un peggioramento del quadro clinico dal 17 marzo 2008, “ non si esprime in maniera chiara sull'influsso che questo ha avuto sulla CL ” (doc. XXIIbis). Il TCA non condivide la posizione dell'amministrazione. Agli atti figurano, da un canto, la certificazione del Dr. _____ - medico che ha avuto in cura l'assicurato - e, d'altro canto, la perizia amministrativa del CPAS, sostenuta dal SMR. Di principio, questi referti possono essere presi in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove. In effetti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo contenuto, piuttosto che la sua provenienza. Ora, pur tenendo conto che alle certificazioni del medico curante (cfr.

STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M, U 202/01, consid. 2b/bb) - va riconosciuto un valore di prova limitato - e ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.) e in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), di modo che, in caso di lite, non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2) - resta il fatto che nella presente fattispecie l'opinione espressa dal medico curante, risulta più convincente rispetto a quella sostenuta dai periti del CPAS che de facto non hanno saputo rispondere in maniera esaustiva al quesito circa il peggioramento del quadro psichiatrico del ricorrente fissandolo al mese di ottobre 2009, in mancanza di precedenti certificazioni. Ritenuto invece che agli atti vi è la perizia del Dr. _____ che poneva una prognosi negativa a medio-lungo termine (doc. AI 75-18), il certificato del Dr. _____ del 17 marzo 2008 e quelli del 7 agosto, del 17 agosto e infine del 19 settembre 2011 attestanti in maniera chiara un disturbo di natura psichiatrica con incapacità lavorativa esistente già al 17 marzo 2008 (doc. AI 124-1, IX, XI, XIX), questa Corte ritiene dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato è inabile al lavoro in misura del 70-75% almeno dal mese di marzo 2008, come postulato in via subordinata dal ricorrente. A differenza di quanto emerge dalla sentenza 8C_427/2011 del 15 settembre 2011 (cfr. consid. 2.8.), nel caso di specie il Dr. _____ è stato in grado di fissare in maniera precisa quando è peggiorato il quadro psichiatrico del paziente. La circostanza – indicata nella perizia del CPAS e nella risposta dell'UAI – che l'assicurato non si è mai rivolto alle cure di uno specialista “ sentendosi sufficientemente preso a carico sia dal punto di vista psicoterapeutico che dal punto di vista psicofarmacologico dal suo medico curante Dr. _____ (doc. AI 158-11) non significa ancora che l'assicurato non soffrisse già di una patologia psichiatrica invalidante. Il referto del 14 settembre 2010 della Dr.ssa _____ spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che informa l'UAI di aver iniziato a seguire il paziente solo dal 24 novembre 2009 “ a causa di un importante stato depressivo ” non permette una diversa valutazione della fattispecie. Il medico curante specialista infatti si è limitato ad indicare che la sindrome depressiva ricorrente di cui soffre RI 1 “ dura ormai da mesi ” (doc. AI 175-1). Richiamato l'art. 88a cpv. 2 OAI (cfr. consid. 2.8.) la decisione impugnata va, dunque, modificata nel senso che l'assicurato ha diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° giugno 2008. 2.10. 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. 2.11. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato dalla RA 1, 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.