

TI_GERICHTE 32.2011.77 vom 29. September 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-09-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.77

FR: TI_GERICHTE 32.2011.77 du 29 septembre 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.77 del 29 settembre 2011

Regeste

Domanda rendita AI respinta. Perizia pluridisciplinare SAM; psichiatra non FMH; suo parere difforme dai pareri successivi (e più prossimi alla decisione) dei curanti psichiatri. Possibile un peggioramento. Rinvio atti x complemento psichiatrico da SAM. AG decade x ripetibili

Erwägungen

E. 7

novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007). 2. Il ricorrente ha innanzitutto fatto valere una violazione del suo diritto d'essere sentito (art. 29 cpv. 2 Cost. fed.), nella misura in cui l'amministrazione, per l'emanazione della decisione impugnata, ha indicato di avere effettuato nuovi accertamenti medici, ma della cui esistenza l'assicurato nutre forti dubbi (doc. I punto 3). Inoltre, d'avviso dell'interessato l'Ufficio AI non avrebbe tenuto conto del certificato del dottor _____, suo psichiatra curante, che ha confutato il referto peritale della dottoressa _____ (recte : _____) del Servizio Accertamento Medico. In tal modo, secondo il ricorrente, l'Ufficio AI avrebbe " leso il diritto dell'assicurato di addurre prove e di ottenere che queste vengano considerate, rispettivamente ha leso il suo diritto a una decisione motivata. " (doc. I punto 4). Infine, l'insorgente ha contestato che l'UAI non abbia dato seguito alla sua richiesta di erigere una nuova perizia (doc. I punto 4). Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. fed., è una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione implica di massima l'annullamento della decisione impugnata, indipendentemente dalle possibilità di successo nel merito (DTF 135 I 187 consid. 2.2). Tale garanzia comprende il diritto per l'interessato di consultare l'incarto, di offrire e di esigere l'assunzione di mezzi probatori purché siano pertinenti e riguardino punti rilevanti per il giudizio, di partecipare alla stessa e di potersi esprimere sulle relative risultanze nella misura in cui possano influire sulla decisione (STF 9C_734/2010 del 18 maggio 2011 consid. 4.1; DTF 135 I 187 consid. 2.2; STF 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011, consid. 2; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). In sostanza, il medesimo, quale diritto di partecipazione al procedimento, comprende tutte quelle facoltà che devono essere riconosciute a una parte affinché possa efficacemente far valere la sua posizione nella procedura (DTF 135 II 286 consid. 5.1 pag. 293 e richiami). Esso comprende altresì l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la

fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte a influire sulla decisione (citata STF 9C_734/2010 consid. 4.1; DTF 134 I 83 consid. 4.1 pag. 88 e rinvii). Nella fattispecie, in merito alla censura del ricorrente secondo cui l'Ufficio AI non avrebbe in realtà messo in atto ulteriori accertamenti medici a seguito delle sue osservazioni al progetto di decisione dell'8 aprile 2010 (doc. 40) e del certificato del medico curante dottor _____ inviato il 24 marzo 2010 (doc. 39), la stessa va respinta. In effetti, dalla documentazione prodotta dall'amministrazione risulta chiaramente come quest'ultima abbia disposto di interpellare il precitato medico chiedendogli di precisare in cosa consisteva l'accennato peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, quali le cure intraprese ed i consulti eseguiti e previsti (docc. 44 e 45). Inoltre, l'Ufficio AI (docc. 44 e 47) ha pure predisposto degli accertamenti presso il dottor _____, menzionato sia dal medico curante generalista _____, sia dall'assicurato medesimo nelle sue osservazioni. Ma non solo. Vista la comunicazione dell'interessato del 12 giugno 2010 (doc. 46) che avvisava l'UAI che per motivi personali aveva cambiato lo psichiatra, il 6 luglio 2010 (doc. 48) l'amministrazione ha interpellato quindi anche il dr. med. _____, con invito a compilare l'apposito rapporto medico allegato (doc. 50). Alla luce di ciò, non si può certo concludere che l'Ufficio assicurazione invalidità sia rimasto inattivo alle (seppure stringate) osservazioni dell'assicurato ma, anzi, che ha effettivamente eseguito una serie di accertamenti medici. Su questo punto, quindi, la censura del ricorrente deve essere respinta. Ora, con riferimento al rapporto del 15 luglio 2010 (doc. 50) del (nuovo) medico psichiatra che l'insorgente ritiene non sia stato preso in considerazione dall'amministrazione nell'emanazione della decisione impugnata, questo Tribunale rileva, come visto, che l'obbligo di motivare le decisioni ha per scopo di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione e di poterla impugnare con cognizione di causa. Ciò non significa però che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte. Se, quindi, nella decisione impugnata l'amministrazione non ha menzionato espressamente il certificato del dr. med. _____, ciò non vuole ancora dire che essa non l'abbia effettivamente preso in considerazione nell'ambito dell'esame dello stato di salute dell'interessato. In effetti, dagli atti risulta che il rapporto del 19 luglio 2010 dello psichiatra curante è stato invero recepito dall'Ufficio AI (doc. 54) tanto che, di conseguenza, esso ha predisposto una nuova valutazione psichiatrica da parte della dr.ssa _____ dell'SMR (doc. 55), la quale ha ampiamente considerato il parere del collega nel suo referto (doc. 56), giungendo però ad un'altra conclusione. Una decisione diversa da parte dell'UAI, per il tramite del SAM dapprima e del consulente in integrazione poi, non significa che il rapporto del medico curante dell'assicurato non sia stato preso in considerazione. Tuttavia, il diritto di un assicurato di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento che l'amministrazione prenderà non comporta comunque ancora di avere la certezza che l'autorità amministrativa o giudiziaria accoglierà (per intero o anche parzialmente) le rimostranze della parte interessata palesate tramite, in questo caso, un parere medico, ma soltanto che essa le dovrà analizzare e valutare per potere giungere alla propria decisione. Ed è ciò che l'Ufficio AI ha fatto nel caso concreto. Infine, il ricorrente si è lamentato che l'amministrazione non abbia dato seguito alla sua richiesta di erigere una nuova perizia, ritenendo questo rifiuto come incomprensibile. Alla stessa stregua che per la censura appena analizzata, va qui evidenziato che l'amministrazione, qualora ritenga già sufficienti i mezzi di prova raccolti pendente la procedura amministrativa, in virtù del

principio dell'apprezzamento anticipato delle prove è legittimata a trarre le proprie conclusioni sulla scorta della documentazione già in suo possesso, senza che debba forzatamente procedere ad ulteriori accertamenti che non modificherebbero la sua presa di posizione. Nella fattispecie, l'Ufficio AI ha ritenuto che le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM fossero logiche e convincenti, motivo per cui non ha reputato necessario esperire una nuova perizia in ambito psichiatrico. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA H 103/01 dell'11 gennaio 2002; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. (e in precedenza dall'art. 4 vCost. fed.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). In tali condizioni, non vi è spazio per una violazione del diritto di essere sentito del ricorrente. Va del resto evidenziato come l'assicurato ha ancora potuto far valere le sue ragioni innanzi ad un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, come l'istanza precedente. Per cui, in ogni caso, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito è stata comunque sanata in questa sede, dove l'insorgente ha nuovamente ribadito le sue motivazioni e prodotto ulteriore documentazione (cfr. sentenza 9C_738/2007 del 29 agosto 2008; DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 127 V 431). Il TCA può pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 3. Oggetto della lite è la questione a sapere se l'Ufficio AI ha agito correttamente negando il diritto al ricorrente ad una rendita AI, visto un grado d'invalidità nullo. La contestazione riguarda soltanto l'aspetto psichiatrico ritenuto ininfluenza dall'Ufficio AI, mentre i problemi somatici sono indiscussi. 4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 7 e 8 LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, Basilea e Francoforte sul Meno 1991, pag. 216 segg.). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) ed il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito

che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dall' allora TFA [dal 1° gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita (e non della decisione) ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; DTF 128 V 174). 5. 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; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Nella STFA del 29 settembre 1998 (I 148/98), consid. 3b, 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)". 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, I 441/99; STFA del 29 settembre 1998, I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella sentenza del 4 luglio 2007 (I 384/06), il Tribunale federale 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4)". 6. Nel caso in esame, nel rapporto medico del 13 febbraio 2009 (doc. 30) la dr.ssa _____ dell'SMR, FMH in medicina generale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici dell'SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), poste da un lato le diagnosi principali di sindrome cervicovertebrale, cervicocefale e cervicobrachiale a sinistra su alterazioni degenerative plurisegmentali con discopatia C4/C5, C5/C6, C7/Th1, spondilartrosi e uncartrosi; sindrome lombo vertebrale con componente spondilogenica, prevalentemente alla gamba sinistra su discopatie L3/L4 e L4/L5, e d'altro lato le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa quali, fra le altre patologie, la sindrome somatoforme da dolore persistente ed il disturbo di personalità misto (complessivamente compensato), ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 30% dal giugno 2005 per l'attività di meccanico d'auto, mentre abile al 100% in attività adeguate che rispettino i limiti stabiliti dai periti del Servizio Accertamento Medico. Il medico SMR ha concluso il rapporto rilevando quanto segue: " L'assicurato è stato sottoposto a perizia SAM con valutazione infettivologica, psichiatrica, neurologica e reumatologica. I disturbi che determinano una riduzione della CL sono quelli che interessano il sistema muscolo-scheletrico. Lo stato di salute non ha subito sostanziali cambiamenti dal 2005 e la prognosi valetudinaria a medio termine risulta stazionaria dal punto di vista reumatologico. Utile in futuro, secondo il perito psichiatra, una presa a carico per il monitoraggio e la prevenzione di eventuali ricadute tossiche o peggioramenti del disturbo di personalità.". Secondo l'assicurato, il perito psichiatra non ha ben valutato la sua situazione, ossia non ha considerato il suo stato reale di salute. A sostegno della fondatezza della sua affermazione, il ricorrente ha prodotto il certificato del 15 luglio 2010 (doc. C) del dr. med. _____, suo psichiatra, che ha illustrato un quadro differente da quello esposto dalla dr.ssa _____ del SAM, anch'ella psichiatra, ma senza titolo FMH. 7. A seguito della domanda di prestazioni AI del 2 settembre 2008 (doc. 1), l'amministrazione ha immediatamente provveduto ad interpellare i medici che hanno avuto in cura l'interessato e ha poi sottoposto l'intera documentazione raccolta all'attenzione della dr.ssa med. _____, FMH medicina generale, attiva presso il Servizio Medico Regionale. Quest'ultima, ritenuto che non erano chiari né lo stato di salute né i limiti funzionali e la capacità lavorativa in attività precedentemente svolte ed in attività adeguate, il 7 aprile 2009 (doc. 21) ha ritenuto indispensabile far eseguire una perizia pluridisciplinare. L'assicurato è stato visitato dai periti sull'arco di più giorni ed il 28 agosto 2009 (doc. 29) è stata resa la perizia pluridisciplinare. Detta perizia riferisce della patologia infettivologica, che è stata indagata ulteriormente durante i giorni in cui è avvenuta la perizia SAM. Dal 1999 l'assicurato presentava il virus dell'epatite C, che è stato curato dal dicembre 2001 al giugno

2002. Nel 2008 il medico curante ha certificato la guarigione dell'epatite virale C. Gli esami eseguiti dal SAM nell'estate 2009 hanno dimostrato una normale funzionalità epatica in stato dopo trattamento combinato di un'epatite virale C con azzeramento della viremia. Pertanto, anche i periti interpellati dall'UAI hanno affermato che l'epatopatia cronica dovuta al virus dell'epatite C era guarita. Di conseguenza, sul piano infettivologico non v'erano limitazioni dello stato valetudinario dell'assicurato. Nel rapporto peritale del 3 luglio 2009 (doc. 29-33) il dr. med. _____, specialista FMH neurologia, ha indicato di avere visitato l'interessato quello stesso giorno. L'esperto ha esposto sia i dati anamnestici focalizzando sugli aspetti neurologici, sia risultati dell'esame neurologico che egli stesso ha realizzato. La diagnosi posta era di cervicalgie e lombalgie croniche su alterazioni statico-degenerative del rachide. Nella sua valutazione, l'esperto ha evidenziato l'assenza di una sindrome cervico-vertebrale o di segni di sofferenza midollare o radicolare cervicale; in particolare, non ha messo in evidenza alcun deficit sensitivo-motorio concernente la radice C7 ed il riflesso tricipitale sinistro era vivace. Egli ha indicato anche l'assenza di una sindrome lombo-vertebrale, nessun segno radicolare irritativo o tantomeno deficitario dei membri inferiori. V'era invece un'ipestesia soggettiva funzionale dell'arto inferiore sinistro, senza delimitazione topografica. Entrambe le gambe non presentavano un deficit motorio, né una asimmetria dei riflessi. Nessun problema a livello dei nervi cranici, nessun segno di ipertensione intracranica, nessun deficit neuropsicologico. Pertanto, dal punto di vista strettamente neurologico l'assicurato non presentava nessun grado di incapacità lavorativa in qualsiasi professione. Lo specialista ha evidenziato che le patologie degenerative, sia cervicale sia lombo-sacrale, erano presenti da anni e non gli avevano impedito di lavorare fino a quando è stato licenziato. Infine, il perito ha evidenziato l'aspetto estetico (abbronzato ed atletico) dell'assicurato, che non presentava segni di contratture muscolari, asimmetrie né alterazioni posturali. L'11 luglio 2009 la dr.ssa _____, medico chirurgo specialista in psichiatria, ha avuto un colloquio con l'assicurato, a seguito del quale il 15 luglio 2009 ha steso il suo rapporto peritale sulla patologia psichiatrica (doc. 29-21). Esso tiene conto della documentazione messa a sua disposizione e dell'esame clinico che la specialista ha effettuato. Per l'anamnesi familiare, personale clinica e lavorativa, la psichiatra ha rinviato all'esposizione già effettuata dal dr. med. _____ nell'ambito della redazione della perizia pluridisciplinare, seppure con il diretto interessato abbia comunque ripercorso questi aspetti. La dottoressa ha invece esposto nel suo parere l'anamnesi personale e patologica (ha sofferto di importanti carenze sul piano affettivo sin da piccolo, essendo stato affidato ad una zia in _____ mentre i genitori vivevano in Svizzera, ciò che l'ha poi portato nell'adolescenza ad entrare progressivamente nel mondo delle sostanze stupefacenti diventandone dipendente per una decina d'anni), così pure i dati clinici soggettivi dell'assicurato (difetto di forza negli arti superiori ed inferiori, dolori a livello cervicale con irradiazioni fino al pollice della mano sinistra, dolori in sede lombare con irradiazione fino ai piedi). Dal maggio 2009 assumeva Zoloft una volta al giorno, mentre nel 2005 pare sia stato preso a carico dal Servizio psicosociale comunale di _____, ma da sempre è reticente a terapie in ambito psichiatrico o psicologico. Quanto allo status psichico, l'esperta ha descritto un assicurato superficiale e vago sull'argomento dell'uso di sostanze, mentre a più riprese interpretativo rispetto ai lavori effettuati ed ai problemi con i relativi datori di lavoro. Ha dimostrato un pensiero superficiale, concreto, non dispercezioni in atto; l'esame della realtà era complessivamente mantenuto, ma era labile, l'umore era non francamente orientato, poteva manifestare rapidi ed apparentemente immotivati episodi di deflessione; manifestava ansia sub- cronica che probabilmente, come il suo quadro umorale, in passato

ha motivato il ricorso alle sostanze ed all'alcol a scopo automedicativo; dal profilo cognitivo, nessun insight. La scarsa continuità nel lavoro e nei rapporti, i temi di abuso anche alcolico, una certa tendenza a repentine modifiche dell'umore e la labilità emotiva apparivano compatibili con un disturbo di personalità misto (con note borderline). Pertanto, la diagnosi era di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45,4) e di disturbo di personalità misto (complessivamente compensato) (ICD 10, F 61,0). Nelle sue conclusioni, la specialista ha rilevato come l'interessato non lavori più dal 2003, ma che complessivamente era più stabile e regolato forse anche grazie alla presenza del figlio nato nel 2007, che temeva di perdere se non fosse stato attento ed adeguato. Pareva, inoltre, che l'assicurato non assumesse alcolici in modo improprio né sostanze. In conclusione, a quel momento il quadro psichiatrico non comportava alcuna percentuale di incapacità lavorativa: egli era abile al lavoro al 100% in qualsiasi attività teoricamente esigibile, nel rispetto del quadro complessivo psico-fisico, dell'età e del suo livello culturale. Rispondendo ai quesiti posti, la dottoressa ha indicato che l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato era complessivamente stabile: la prognosi, a quel momento, non sembrava negativa. Quanto alle possibilità terapeutiche atte a migliorare la capacità lavorativa, ella ha affermato che non ve n'erano, mentre ha reputato utile una presa a carico per il monitoraggio e la prevenzione di eventuali ricadute tossiche o peggioramenti del disturbo di personalità. Per questo motivo, non ha ritenuto utile la messa in campo di provvedimenti di integrazione professionale, anche se non v'erano elementi che li sconsigliassero. Infine, il 17 agosto 2009 (doc. 29-25) il dr. med. _____, FMH reumatologia e riabilitazione, sulla scorta degli atti messi a disposizione, delle dichiarazioni dell'interessato stesso, delle sue constatazioni cliniche avvenute durante la visita personale del 15 luglio 2009 e delle radiografie portate dall'assicurato, ha reso il proprio referto sulla patologia reumatologica. Il perito ha esposto l'anamnesi familiare, personale remota, sociale dell'assicurato, focalizzando sugli aspetti puramente muscolo-scheletrici. Egli ha poi descritto i disturbi soggettivi attuali, quali disturbi alla colonna cervicale cronici e persistenti, associati a dei mal di testa che irradiavano dalla colonna cervicale lungo la zona occipitale fino alla zona parietale a sinistra più che a destra e che si presentavano un giorno alla settimana, talvolta associati a nausea. I disturbi irradianti lungo il braccio sinistro erano nel frattempo regrediti, in particolare la sintomatologia irritativa cervico-radicolare descritta dal neurologo, mentre talvolta risentiva ancora dei dolori alla muscolatura degli avambracci bilateralmente. Non aveva formicolii alle dita delle mani, la forza era mantenuta. La messa in moto alla mattina era piuttosto rallentata ed associata anche ad una stanchezza e ad una svogliatezza. Durante il giorno il dolore a livello cervicale era sostanzialmente stabile. L'assicurato ha inoltre segnalato dei disturbi intensi e frequenti nella zona della colonna toracale ed interscapolare sul lato destro, mentre alla colonna lombare i dolori erano quasi sempre presenti, in particolare in posizione seduta dopo 30 minuti. La deambulazione era associata a dei disturbi alle ginocchia, nel salire e scendere le scale; la gamba sinistra aveva dei formicolii a carattere diffuso; dolori nel piegare la colonna vertebrale; dolori a rimanere fermo in piedi, perciò doveva continuare a cambiare appoggio e muoversi; impossibile andare in bicicletta, mentre riusciva ad alzare sei bottiglie d'acqua minerale, ma poi ne risentiva per 2-3 giorni soprattutto alla colonna cervicale. Lo specialista ha poi descritto lo stato reumatologico oggettivo, dove la mobilità della colonna cervicale era leggermente ridotta (1/3) in tutte le direzioni senza tuttavia sostanziali limitazioni, v'erano zone d'irritazione e tendomioghelosi a carattere altalenante alla colonna toracale, in particolar modo paravertebrale interscapolare sul lato destro, leggera scoliosi destro-convessa con tendenza

ipercifotica. Buona mobilità della colonna toracale con dolori alla palpazione alla muscolatura paravertebrale nella zona interscapolare a destra. Buona mobilità della colonna lombare con dolori nella fase finale della flessione soprattutto al rialzarsi dalla posizione flessa in avanti ed all'estensione. Segnalato una sintomatologia dolorosa prevalentemente di tipo tendomioghelotico anche a livello dell'estremità inferiore sinistra ed al passaggio lombosacrale. V'erano poi dolori nella zona delle ginocchia bilateralmente con dolori muscolari alla muscolatura del quadricipite ed al ligamento patellare nella sua parte prossimale. Non sinoviti o gonfiori articolari, non versamenti alle ginocchia, non segni per lesioni ligamentari o meniscali. Dopo la descrizione degli esami radiologici eseguiti negli anni precedenti, il perito ha esposto le diagnosi di sindrome cervico-vertebrale, cervico-cefale e cervico-brachiale a sinistra su alterazioni degenerative pluri-segmentali con discopatia C4/C5, C5/C6, C7/Th1 e spondilartrosi e uncartrosi; sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno prevalentemente alla gamba sinistra su discopatie L3/L4 e L4/L5. Nella sua valutazione, il reumatologo ha affermato che determinanti per le limitazioni funzionali erano prevalentemente le patologie alla colonna cervicale e in minor misura quelle a livello lombare. L'assicurato era limitato in attività lavorative particolarmente pesanti e poco ergonomiche per la colonna vertebrale. V'erano limitazioni nell'alzare dei pesi superiori ai 10kg ripetutamente fino all'altezza del corpo e ripetutamente 5kg sopra l'orizzontale. L'interessato era limitato in lavori in cui doveva ripetutamente piegare la colonna vertebrale in avanti, tenere delle posizioni statiche per un lungo periodo sia in posizione seduta che in posizione in piedi fermo. Egli era pure limitato in attività lavorative da svolgere con la colonna vertebrale flessa sia nella zona cervicale che toracale o con movimenti ripetitivi di torsione e rotazione della cervicale e della colonna lombare. Sul piano valetudinario, nell'ultima attività lavorativa svolta di aiuto cucina e uomo tuttofare, il perito ha fissato l'incapacità lavorativa nel 30%. Nell'attività svolta in precedenza di operaio di fabbrica l'interessato era invece abile in forma completa. In attività adatte che tengano conto delle limitazioni medio-leggere esposte e permettano all'assicurato di lavorare con posizioni ergonomiche della colonna vertebrale alternando le varie posizioni da seduto, in piedi e camminando, egli è stato considerato abile al lavoro nella forma completa. Sul piano terapeutico, un approccio riabilitativo, con esercizi di ginnastica di tipo isometrico e di rinforzo muscolare a carattere isotonic della colonna vertebrale, avrebbe potuto favorire l'evoluzione dei disturbi a livello della colonna cervicale e lombare ed anche la capacità lavorativa. Stanti queste tre perizie specialistiche, il SAM ha concluso che il grado di capacità lavorativa medico-teorico globale dell'assicurato nella professione da ultimo svolta di aiuto cuoco ed uomo tuttofare nella ristorazione era valutabile, nell'agosto 2009, nella misura del 70% (limiti funzionali e di rendimento sull'arco di un orario di lavoro normale) da inizio giugno 2005 (progressiva manifestazione dei dolori alla colonna cervicale, con cervicobrachialgia sinistra recidivante). Da allora, lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro non ha presentato sostanziali e durature mutazioni (i disturbi a livello della colonna lombare influivano in minor misura sullo stato valetudinario). La prognosi valetudinaria a medio-lungo termine risultava stazionaria dal punto di vista reumatologico, mentre secondo la consulente psichiatra in futuro sarebbe potuta essere utile una presa a carico per il monitoraggio e la prevenzione di eventuali ricadute tossiche o peggioramenti del disturbo di personalità. Quanto alle conseguenze sulla capacità d'integrazione, i periti hanno ritenuto non indicato procedere a provvedimenti d'integrazione professionale, in quanto non hanno reputato che essi avrebbero potuto migliorare sensibilmente lo stato valetudinario. Sarebbe stato invece utile un aiuto al

ricollocaamento in attività meglio adatte allo stato di salute dell'assicurato, che tenessero conto delle limitazioni reumatologiche evidenziate da considerarsi di tipo medio-leggero, che permettevano all'assicurato di lavorare in posizioni ergonomiche della colonna vertebrale alternando le varie posizioni da seduto, eretto e deambulante. In tali attività, egli è stato considerato totalmente abile al lavoro da giugno 2005. Infine, il SAM ha precisato che la capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta era migliorabile tramite un approccio riabilitativo con ginnastica curativa tramite esercizi di tipo isometrico e di rinforzo muscolare a carattere isotonico della colonna vertebrale. A seguito delle contestazioni dell'assicurato riguardanti le conclusioni del medico SMR e del consulente in integrazione professionale, che hanno portato l'amministrazione ad emettere il progetto di decisione (negativa), l'Ufficio AI ha interpellato il nuovo medico psichiatra dell'assicurato (doc. 50). Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha quindi compilato il 15 luglio 2010 (doc. 50) il rapporto medico inviato dall'UAI. La diagnosi posta avente ripercussione sulla capacità lavorativa era di disturbo di personalità misto con tratti di tipo paranoide, antisociale, emotivamente instabile (ICD 10: F 61.0), mentre la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa era di pregressa sindrome da dipendenza da sostanze psicoattive multiple, attualmente in astinenza (ICD 10: F 19.3), entrambe presenti da anni. Questo psichiatra ha iniziato il trattamento con l'interessato il 7 giugno 2010, mentre dal 2009 si era occupato il dr. med. _____. Lo specialista ha quindi posto l'anamnesi, i sintomi e le condizioni attuali dell'assicurato (ha riferito confusamente di una sintomatologia ansioso-depressiva, si è lamentato di pensieri negativi, difficoltà nell'addormentarsi, umore instabile, deficit della memoria, astenia e facile stancabilità, intolleranza allo stress, difficoltà relazionali, ecc.), così pure lo status oggettivo (l'umore durante i colloqui non è apparso depresso, l'affettività era fortemente coartata e poco modulata, piuttosto inappropriata, non disturbi della percezione, pensiero corretto, globalmente povero, poco articolato, presenza di elementi paranoidei, scarsa capacità di pensiero astratto, predominanti erano i meccanismi dell'attribuzione esterna di responsabilità, scarsa capacità di concentrazione ed attenzione; erano fortemente ridotti il pensiero astratto, il controllo degli impulsi, la capacità di giudizio e di insight; l'esame della realtà era apparso traballante. Il paziente era apparso globalmente attendibile, non ha dato l'impressione di mentire intenzionalmente, sembrava credere davvero a quello che diceva anche quando riferiva delle cose palesemente imprecise. Il medico curante ha poi indicato che la prognosi psicopatologica era piuttosto incerta. Il paziente presentava una grave organizzazione borderline di personalità, clinicamente diagnosticabile come un disturbo di personalità misto. La vita dell'assicurato era stata evidentemente caratterizzata da una grave instabilità personale, caratteriale e sociale. La sua storia era del tutto esemplificativa dall'instabilità. Era verosimile che l'uso di sostanze stupefacenti avesse coperto l'insorgenza della depressione che spesso si manifesta in questi soggetti. L'interessato ha sempre condotto una vita marginale, sfuggendo alle terapie psichiatriche e quindi ad eventuali diagnosi. Dal profilo lavorativo, la prognosi era infausta. Pur non presentando una sindrome clinica psichiatrica classica allo stato attuale, l'interessato dimostrava chiaramente di non avere mai avuto la capacità di mantenere regolarmente un posto di lavoro. Quale conseguenza del disturbo di personalità egli non si rendeva assolutamente conto delle proprie difficoltà ed era convinto che i propri fallimenti fossero da attribuire a complotti dei colleghi o a cause esterne a sé. Al momento della sua valutazione, lo specialista ha osservato che l'evoluzione naturale del disturbo di personalità, che tende ad attenuarsi con gli anni, e la nascita del figlio, sembravano avere determinato una certa qual stabilità, perlomeno aiutavano il

paziente a mantenere uno stile di vita relativamente regolare. L'assicurato restava però fortemente instabile e con l'età le sue risorse si riducono. Realisticamente, il curante ha indicato che l'assicurato non era in grado di mantenere un posto di lavoro né un comune ambiente di lavoro era in grado di sopportarne l'instabilità. Egli era dunque da considerarsi inabile al lavoro al 100% stabilmente dal 2005. L'assicurato era in trattamento psichiatrico. Ciò nonostante, nemmeno delle misure mediche di reintegrazione avrebbero limitato gli impedimenti (instabilità emotiva, idee paranoide, mancato controllo degli impulsi) né si poteva contare su una ripresa dell'attività professionale. Nella compilazione dell'apposito questionario, lo psichiatra ha compilato la tabella relativa al tipo di attività lavorativa ancora ragionevolmente esigibile dall'assicurato, indicando soltanto che la capacità di concentrazione era ridotta, la capacità di comprensione era scarsa, mentre la capacità di adeguamento e di caricabilità erano molto scarse. Anche il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, è stato interpellato dall'UAI ed il 23 luglio 2010 (doc. 51) ha reso il proprio referto. Egli ha diagnosticato un disturbo bipolare II (F31.8); episodio depressivo di media entità nel settembre 1997 (la prima consultazione è avvenuta l'11 settembre 1997), episodio depressivo lieve nel novembre 2009 (il trattamento è avvenuto il 6 novembre 2009; l'ultimo controllo il 19 aprile 2010); politossicodipendenza pregressa (THC, eroina). Lo psichiatra ha ricordato che nell'estate 1997 l'assicurato ha presentato un episodio depressivo di media entità che ha rivelato la necessità di un trattamento medicamentoso. A quel momento, v'era ancora un intenso consumo di eroina e cannabis. I tratti caratteriali rilevati hanno presentato alcuni criteri tipici per il disturbo dissociale, borderline e istrionico, ma essendoci associato un evidente disturbo correlato alle sostanze psicoattive non era stato possibile formulare il disturbo di personalità (anche nella perizia SAM la perita ha riconosciuto i tratti borderline). L'interessato si è sottoposto alle proposte terapeutiche, ma ben presto ha presentato una notevole accelerazione del tono dell'umore (possibile episodio ipomaniacale) e ha abbandonato il trattamento. Nel novembre 2009 ha presentato un quadro depressivo con risvegli notturni, risveglio mattutino precoce, difficoltà di concentrazione e di memoria, adinamia, ipobulia, stanchezza e svogliatezza. Il quadro era rientrato con il trattamento con mianserina, ma anche in tal caso il paziente ha abbandonato il trattamento. Comunque, non era stato rilevato alcun segno di abuso di sostanze psicoattive. Le capacità cognitive erano apparse ridotte. La prognosi non era buona e lo specialista non aveva escluso l'evoluzione di stampo demenziale. Nel suo referto egli ha indicato che, seppure non potesse esprimersi con certezza, dal punto di vista psichiatrico l'assicurato era inabile al 50% nelle attività semplici di custode, lettura contatori, distribuzione della pubblicità, lavori di pulizia, ecc. L'idoneità alla guida era dubbia. L'assicurato presentava infatti un disturbo di personalità misto, sequele della lunga tossicodipendenza con incipienti menomazioni nella sfera cognitiva poco compatibili con un'attività lucrativa continua a tempo pieno. Le risorse rimanenti permettevano un'attività al 50% o in un ambiente protetto. Infine, l'ex psichiatra curante ha osservato che vista la motivazione (paternità) e la progettualità con adeguate misure mediche (psicoterapia e psicofarmacoterapia) frenanti il degrado cognitivo, degli interventi integrativi sembravano proponibili. Quanto alle capacità residue, lo specialista ha indicato che la capacità di concentrazione era moderatamente limitata, la capacità di comprensione era modesta a causa delle menomazioni nella sfera cognitiva e la capacità di adeguamento era leggermente limitata. Quale aspetto particolare da considerare per un'eventuale attività, era un'occupazione in un posto adeguato, ossia tranquillo e controllato.

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, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) ha già avuto modo di evidenziare 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 LPGa (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. Nella sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 e segg., 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 europea (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 citata sentenza DTF 137 V 210 e segg. (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 Leistungsgesuchssteller 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

citare 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. CFP, 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).

E. 9

Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica psichiatrica non è stata chiarita in modo soddisfacente. Se da una parte, infatti, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione delle patologie reumatologiche e neurologiche approfonditamente vagliate dai medici del SAM, analogo discorso non può invece valere con riferimento ai disturbi di natura psichiatrica dell'assicurato, che necessitano, per contro, di essere ulteriormente indagati. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del dr. med. _____, FMH in reumatologia, il quale nella perizia del 17 agosto 2009 ha posto la diagnosi di "Sindrome cervico-vertebrale, cervico-cefale e cervico-brachiale a sinistra su alterazioni degenerative pluri-segmentali con discopatia C4/C5, C5/C6, C7/Th1 e spondilartrosi e uncartrosi; sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno prevalentemente alla gamba sinistra su discopatie L3/L4 e L4/L5.". Il reumatologo ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella precedente attività di aiuto cucina e uomo tutt'fare con riduzione del 30%, mentre abile al 100% come operaio di fabbrica. In un'attività adeguata che tenga conto di determinate limitazioni funzionali, l'assicurato è stato considerato pienamente abile. Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, chiara, completa e logica, e che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. La medesima conclusione va tratta per la patologia neurologica peritata dal dr. med. _____, il quale ha visitato personalmente l'assicurato e ha posto la diagnosi di cervicalgie e lombalgie croniche su alterazioni statico-degenerative del rachide, patologie che comunque non comportavano alcuna

incapacità lavorativa in qualsiasi professione. Quanto all' aspetto psichiatrico , il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti e per le ragioni che seguono, prestare piena adesione alla valutazione peritale della dr.ssa _____. 10. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Come visto, nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, pag. 33 e RAMI 1999 U 356, pag. 572) , la nostra Corte federale ha stabilito 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve , a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. 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. 11. Agli atti figurano da un canto, le certificazioni del medico curante dr. med. _____ che, in qualità di specialista, ha avuto (ed ha) in cura RI 1 e, d'altro canto, la perizia SAM della dr.ssa _____ e le valutazioni dell'SMR nonché i rilievi del dott. _____. 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. Per questo stesso motivo, è totalmente ininfluenza che la perita scelta dal SAM non disponga di un titolo FMH in psichiatria. Infatti, il Tribunale federale ha stabilito che non è necessario che il medico incaricato disponga del titolo FMH, bensì di una specializzazione nel settore interessato (STF 9C_916/2009 del 30 agosto 2010 consid. 6.2; STF 9C_218/2008 del 4 marzo 2009 consid. 4.2). Ne consegue che, da questo punto di vista (formale), la perizia della dr.ssa _____ va considerata valida. Pertanto, la censura del ricorrente su questo punto deve

essere respinta. La dottoressa _____, specialista in psichiatria, nel referto del 15 luglio 2009 ha posto la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45.4) e di disturbo di personalità misto (complessivamente compensato) (ICD 10, F 61.0). L'esperta, nella sua (breve) perizia, ha evidenziato che grazie alla presenza del figlio, nato nel 2007, l'assicurato sembrava più stabile e regolato, tanto che non pareva che egli assumesse ancora alcolici in modo improprio né tanto meno sostanze (spettava semmai al SAM effettuare i necessari controlli ematici e delle urine per averne la certezza assoluta). Pertanto, la specialista ha ritenuto che il quadro psichiatrico dell'assicurato fosse stabile, che la prognosi, a quel momento, non fosse negativa e che le patologie diagnosticate non comportassero alcuna percentuale di incapacità lavorativa. Essa ha però evidenziato che se a quel momento, nel 2009, non v'erano possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato, tuttavia " potrebbe essere utile una presa a carico per il monitoraggio e la prevenzione di eventuali ricadute tossiche o peggioramenti del disturbo di personalità. " (doc. 29-24 domanda n. 9). Inoltre, la perita ha ritenuto che non fosse utile la messa in campo di provvedimenti di integrazione professionale, seppure non vi fossero elementi che lo controindicassero. A mente della specialista, l'assicurato presentava quindi una capacità lavorativa del 100%, in ogni attività (doc. 29-24). Viste le osservazioni al progetto di decisione, l'amministrazione ha interpellato il nuovo psichiatra dell'assicurato sottoponendogli un rapporto medico da compilare, che il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha ritornato il 15 luglio 2010. Un anno dopo la perizia SAM, il medico curante ha posto una diagnosi parzialmente sovrapponibile a quella della perita, nella misura in cui egli ha diagnosticato un disturbo di personalità misto con tratti di tipo paranoide, antisociale, emotivamente instabile (ICD 10: F 61.0), ma ha sostanzialmente attestato un peggioramento del quadro clinico, dato che il pensiero astratto, il controllo degli impulsi, la capacità di giudizio e di insight erano fortemente ridotti. Secondo lo psichiatra curante, la capacità lavorativa dell'assicurato era nulla (doc. 50-4). Il precedente curante dell'interessato, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha anch'egli compilato il 23 luglio 2010 (doc. 51) il rapporto medico trasmessogli dall'UAI. Come visto, lo psichiatra ha diagnosticato un disturbo bipolare II, un episodio depressivo di media entità nel 1997 ed un episodio depressivo lieve nel 2009. Nel novembre 2009 l'interessato presentava un quadro depressivo con risvegli notturni, risvegli mattutini precoci, difficoltà di concentrazione e di memoria, adinamia, ipobulia, stanchezza e svogliatezza. Il quadro era migliorato con il trattamento di mianserina, che tuttavia l'assicurato ha smesso di assumere. Le capacità cognitive erano apparse ridotte rispetto alla cura del 1997. Lo specialista ha concluso che la prognosi non era buona e non escludeva un'evoluzione di stampo demenziale. Per questi motivi (disturbo di personalità misto, sequele della lunga tossicodipendenza con incipienti menomazioni nella sfera cognitiva poco compatibili con un'attività continua a tempo pieno), ha fissato nel 50% il grado di inabilità lavorativa in attività semplici o protette. Entrambi questi referti sono stati quindi sottoposti dal medico del SMR che si occupava dell'assicurato, dr.ssa _____, al vaglio di un altro specialista in psichiatria (doc. 55). Nel suo rapporto del

E. 12

novembre 2010 (doc. 56) la dottoressa _____, collega del Servizio Medico Regionale con specializzazione in psichiatria e psicoterapia, ha così reso la propria valutazione al riguardo: " Il Dr _____ riconferma la presenza di un disturbo di personalità misto come riportato in perizia SAM. Non viene menzionato invece la presenza di un disturbo dell'umore. Già il Dr _____ aveva riportato la comparsa di un episodio lieve nel

novembre 2009, comunque rientrato con l'uso di mianserina. Già in perizia SAM la Dr.ssa _____ segnalava una certa tendenza a repentine modifiche dell'umore che a suo giudizio erano compatibili con un disturbo di personalità misto. Per quanto riguarda la diagnosi di un disturbo bipolare mossa dal Dr _____ (ricordo che un disturbo bipolare di tipo II è caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi depressivi e almeno di un episodio ipomaniacale) questa non era definita come certa dal Dr _____ che aveva identificato come possibile episodio ipomaniacale, la presenza di una notevole accelerazione del pensiero e successivamente non è stata confermata (rammento che la Dr.ssa _____ considerava che la certa tendenza a repentine modifiche dell'umore era a suo giudizio compatibile con un disturbo di personalità misto). Il quadro clinico riportato dallo psichiatra curante Dr _____ mostra elementi sovrapponibili a quelli evidenziati dalla dr.ssa _____ da lui considerati come influenti sulla CL; il Dr _____ si esprime sulla presenza di elementi paranoidi (la Dr.ssa _____ si esprimeva nel senso analogo di un pensiero interpretativo), su di un'instabilità emotiva (analogamente la Dr.ssa _____ parla di tendenza a repentine modificazioni timiche). Il Dr _____ parla di " allo stato attuale l'evoluzione naturale del disturbo di personalità, che tende ad attenuarsi con gli anni, e la nascita del figlio sembrano aver determinato una certa qual stabilità, che perlomeno aiuta il paziente a mantenere uno stile relativamente regolare ". La Dr.ssa _____ si era espressa ritenendolo " complessivamente più stabile e regolato forse anche grazie alla presenza del figlio... ". A mio giudizio l'attuale documentazione riconferma la presenza di un disturbo di personalità misto con un quadro clinico analogo a quello definito in perizia SAM. La valutazione di una CL espressa in grado diverso è da attribuire ad una valutazione diversa di uno stesso quadro clinico." . 12. L'amministrazione ha quindi sottoposto i pareri dei medici curanti alla valutazione di un medico SMR, il quale non ha però più interpellato il perito SAM. Ora, quand'anche si ammettesse che le valutazioni dei due psichiatri curanti siano sostanzialmente simili al parere della dr.ssa _____ del SAM, ma che divergano soltanto nella valutazione della capacità lavorativa, non si può comunque non evidenziare che il dottor _____ ha affermato che la prognosi psicopatologia era piuttosto incerta e che nello stesso periodo il dottor _____ ha osservato che la prognosi non era buona. Queste constatazioni, poi, sono state espresse nel luglio 2010, ossia un anno esatto dopo la perizia pluridisciplinare del SAM e quindi sono più vicine, dal profilo temporale, al momento dell'emanazione della decisione impugnata. Quanto alla capacità lavorativa, il TCA osserva che un anno prima, nel luglio 2009, la perita del SAM ha considerato l'interessato abile al 100% in qualsiasi attività. Per contro, nell'aprile 2010, ovvero quando il dr. med. _____ ha cessato di essere il medico curante dell'assicurato, la sua capacità lavorativa residua in attività semplici era stata valutata nel 50%. Nel luglio 2010, invece, il nuovo psichiatra curante l'ha ritenuta nulla stabilmente in qualsiasi attività. Non va inoltre dimenticato che la stessa dottoressa _____ ha concluso la propria perizia affermando che " potrebbe essere utile una presa a carico per il monitoraggio e la prevenzione di eventuali ricadute tossiche o peggioramenti del disturbo di personalità. " (doc. 29-24). Questa dichiarazione significa che anche l'esperta a cui si è affidata l'amministrazione tramite il SAM ha comunque ipotizzato e preso in considerazione il fatto che lo stato di salute dell'assicurato, dal profilo psichiatrico, avrebbe potuto peggiorare, tanto che sarebbe stato utile per l'interessato una presa a carico per monitorarlo e prevenire eventuali insorgenze patologiche. In queste condizioni, alla luce anche delle suesposte prognosi dei due curanti che, va ribadito, sono posteriori di ben un anno rispetto alla perizia commissionata dall'UAI e quindi attestano

dello stato di salute in un periodo più vicino al periodo in esame (febbraio 2011), tutto ben considerato questo Tribunale ritiene che non sia possibile, con la necessaria tranquillità e senza procedere ad ulteriori accertamenti - visto peraltro che il referto peritale non appare particolarmente approfondito sui dati oggettivi dell'assicurato e sulla valutazione finale -, escludere che un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato dal punto di vista psichiatrico sia intervenuto prima dell'emanazione della decisione impugnata. Ciò, a maggior ragione se si considerano le valutazioni del dottor _____, che aveva indicato come dal punto di vista lavorativo la prognosi era evidentemente infausta, seppure la nascita del figlio ed il passare degli anni abbiano determinato una certa qual stabilità, anche se l'assicurato restava fortemente instabile. 13. Nella già citata sentenza DTF 137 V 210 e segg. (9C_243/2010 del 28 giugno 2011), il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali casi può rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. L'Alta Corte ha al riguardo sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4.4.1.1 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Das Bundesgericht hat dazu jüngst festgehalten, die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) sei nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen (BGE 136 V 376 E. 4.2.3 S. 381). Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. 4.4.1.2 Die Vorteile von Gerichtsgutachten (anstelle einer Rückweisung an die IV-Stelle) liegen in der Straffung des Gesamtverfahrens und in einer beschleunigten Rechtsgewährung. Die direkte Durchführung der Beweismassnahme durch die Beschwerdeinstanz mindert das Risiko von - für die öffentliche Hand und die versicherte Person - unzumutbaren multiplen Begutachtungen. Zwar gilt die Sozialversicherungsverwaltung mit Blick auf die differenzierten Aufgaben und die dementsprechend unterschiedliche funktionelle und instrumentelle Ausstattung der Behörden in der Instanzenabfolge im Vergleich mit der Justiz als regelmässig besser geeignet, Entscheidungsgrundlagen zu vervollständigen (BGE 131 V 407 E. 2.1.1 S. 411). In der hier massgebenden Verfahrenssituation schlägt diese Rechtfertigung für eine Rückweisung indessen nicht durch. 4.4.1.3 Die Einschränkung der Befugnis der Sozialversicherungsgerichte, eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückzuweisen, verhält sich komplementär zu den (gemäss geänderter Rechtsprechung) bestehenden partizipativen Rechten der versicherten Person im Zusammenhang mit der Anordnung eines Administrativgutachtens (Art. 44 ATSG; vgl. oben E. 3.4). Letztere tragen zur prospektiven Chancengleichheit bei, derweil das Gebot, im Falle einer Beanstandung des Administrativgutachtens eine Gerichtsexpertise einzuholen, die Waffengleichheit im Prozess gewährleistet, wo dies nach der konkreten Beweislage angezeigt ist. Insoweit ist die ständige Rechtsprechung, wonach das (kantonale) Gericht prinzipiell die freie Wahl hat, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (vgl. statt vieler ARV 1997 Nr. 18 S. 85 E. 5d mit Hinweisen, C 85/95; Urteil vom 11. April 2000 E. 3b, H 355/99), zu ändern. 4.4.1.4 Freilich ist es weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten - und nicht einmal aus Sicht des Anliegens, die

Einwirkungsmöglichkeiten auf die Erhebung des medizinischen Sachverhalts fair zu verteilen - angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Insbesondere ist der Umstand, dass die MEDAS von der Invalidenversicherung finanziert werden, kein genügendes Motiv dafür. Doch drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. die Kritik an der bisherigen Rückweisungspraxis bei Niederberger, a.a.O., S. 144 ff.). Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend reformatorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe beispielsweise das Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151 E. 3.5, 9C_85/2009)". Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata, per nuovi accertamenti psichiatrici. L'amministrazione dovrà interpellare il perito dr. med. _____ o, in sua assenza, un altro perito scelto all'interno del Servizio Accertamento Medico - e non del SMR -, chiedendogli di indicare se alla luce della nuova documentazione medica prodotta dal ricorrente, conferma oppure no la (sua) valutazione peritale del 15 luglio 2009, in particolare per quel che concerne la capacità lavorativa residua dell'assicurato, motivando in ogni caso la risposta. Tutt'al più, visto il lungo tempo trascorso fra il referto peritale psichiatrico (luglio 2009) e l'emanazione della decisione dell'UAI (febbraio 2011), potrebbe essere opportuno esperire un complemento peritale visitando personalmente l'assicurato, così da aggiornare il parere psichiatrico ad un periodo più prossimo allo stato di salute reale e recente dell'interessato. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un approfondimento a livello psichiatrico. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione effettuerà una valutazione globale delle patologie di cui soffre l'assicurato, debitamente motivata, e si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita. Visto l'esito favorevole del ricorso l'assicurato, patrocinato da un legale, ha diritto al versamento di ripetibili da parte dell'Ufficio AI (art. 61 lett. g LPGGA). 14. Contestualmente al ricorso, l'assicurato ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio del suo legale (doc. I). In virtù della costante giurisprudenza federale, l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STF I 748/06 del 2 novembre 2007; STFA U 164/02 del 9 aprile 2003; STCA del 10 gennaio 2011, 33.2010.13; STCA del 5 giugno 2009, 32.2008.179; STCA del 26 marzo 2009, 32.2008.115). 15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e l'art. 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 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.-sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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