

TI_GERICHTE 32.2011.99 vom 18. Februar 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-02-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.99

FR: TI_GERICHTE 32.2011.99 du 18 février 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.99 del 18 febbraio 2011

Regeste

Decisione con la quale UAI ha rifiutato all'assicurato il diritto a prestazioni non è corretta: vista IL 100% da 10.2008 a 10.2010 egli ha diritto ad una rendita intera, ma, visto che la domanda di prestazioni è tardiva (marzo 2010), solo dal 1.9.2010 al 31.1.2011

Erwägungen

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 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. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 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 é 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 schergewichtig 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. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione del CPAS, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. Nel rapporto peritale dell'11 novembre 2010, il dr. _____ e il dr. _____ del CPAS hanno ritenuto l'interessato, affetto da "sindromi e disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple, sindrome psicotica schizofrenosimile prevalentemente allucinatoria

(ICD10-F19.52) in fase di risoluzione quasi completa”, abile al lavoro al 70% a partire dal momento dell’esame peritale (doc. 27-6). Chiamati dal SMR a fornire ulteriori precisazioni in merito alla capacità lavorativa residua dell’assicurato (doc. 29), i medici del CPAS, con scritto del 26 novembre 2010, hanno precisato che, nonostante la sintomatologia psicotica si sia quasi del tutto riassorbita, a loro avviso, l’interessato non può ancora essere considerato totalmente abile al lavoro a causa della “presenza a momenti di dispercezioni uditive (echi di voci lontane) che interferiscono sulla capacità di mantenere a lungo attenzione e concentrazione” e di immagini e pensieri intrusivi (doc. 30-1). Secondo gli specialisti del CPAS, quindi, la sintomatologia residua dell’assicurato incide sulla sua capacità lavorativa nella misura del 30% e “non in misura superiore grazie alle capacità di critica dell’assicurato medesimo ed alla sua capacità di distanziarsene emotivamente”. La riduzione del rendimento del 30% è giustificata dalla minore possibilità per l’assicurato di restare focalizzato con continuità sulle mansioni lavorative (doc. 30-1). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni, che, del resto, non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Questo Tribunale rileva, infatti, che l’assicurato si è limitato a contestare la perizia del CPAS, producendo due generici certificati medici della sua psichiatra curante, dr.ssa _____, attestanti una incapacità lavorativa del 100% a partire dal 28 gennaio 2010 per motivi psichici (doc. A13/1 e A15). Al riguardo, nelle annotazioni del 29 marzo 2011, il dr. _____ e la dr.ssa _____ del SMR hanno rilevato che i referti della psichiatra curante - che non riportano “diagnosi né motivazioni per le quali si discostano dalla valutazione della capacità lavorativa basata sulla perizia del Centro Peritale” – non modificano le conclusioni alle quali sono giunti i periti del CPAS (doc. VI/1). Il TCA condivide queste considerazioni dei medici del SMR. I referti della dr.ssa _____, infatti, privi di una diagnosi posta secondo un sistema di classificazione riconosciuto, non sono atti a mettere in dubbio le conclusioni alle quali sono giunti i medici del CPAS (al riguardo, cfr. STF 9C_376/2007 del 13 giugno 2008, nella quale l’Alta Corte ha considerato ininfluenza un certificato medico stilato dallo psichiatra curante, il quale riferisce unicamente dell’inizio di un trattamento specialistico per un episodio depressivo di media gravità, senza tuttavia esprimersi minimamente su un’eventuale incidenza (presente e/o passata) invalidante dei disturbi psichici). Al riguardo, il TCA ricorda che, in una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, 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 recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). Inoltre, va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d’ufficio dal giudice, dall’altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all’istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l’obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell’assicurazione federale per l’invalidità insorti in epoca successiva alla data

decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Giova qui inoltre ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello secondo il quale le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, 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.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). Ad esempio, nella sentenza 9C_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), 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 objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurato sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dagli specialisti del CPAS. Quanto alla critica ricorsuale a proposito della presunta inaffidabilità della perizia del CPAS con riferimento alla determinazione del momento di insorgenza dell'incapacità lavorativa dell'interessato - che secondo il legale potrebbe risalire già al momento in cui l'assicurato ha deciso di abbandonare il Ticino nel 1999 (doc. I) - il TCA sottolinea che, nel rapporto peritale dell'11 novembre 2010, gli specialisti del CPAS hanno espressamente indicato che, nonostante il dr. _____ prima e la dr.ssa _____, poi abbiano attestato un'inabilità lavorativa del 100% dal 2000, pur avendo in cura l'assicurato solo dall'ottobre 2008 l'uno e, l'altra, dalla fine del mese di gennaio 2010, "di fatto però l'assicurato non è mai stato in cura dal 2000 al 2008 né ha mai assunto una terapia farmacologica (è stato visto in 3-4 occasioni dallo psichiatra dr. _____ nel 2002 ed era allora stato redatto un rapporto medico in cui veniva diagnosticata una grave psicosi schizofrenica e si chiedeva l'esonero dal servizio di leva)". Gli specialisti del CPAS hanno concluso che "non sono quindi a nostra disposizione elementi oggettivi sufficienti a giustificare un'inabilità lavorativa del 100% a partire dal 2000. Tale inabilità può invece essere giustificata dal mese di ottobre 2008 al mese di febbraio 2010 (periodo durante il quale l'assicurato era in cura presso lo psichiatra dr. _____) e dal mese di marzo 2010 fino al momento della nostra perizia (psichiatra curante dr.ssa _____)" (doc. 27-6). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni dei periti del CPAS. In conclusione, rispecchiando la perizia dei medici del CPAS i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla

salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurato è stato inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività a partire dal mese di ottobre 2008, ma, a partire dal momento dell'esame peritale del CPAS (novembre 2010), ha recuperato una capacità lavorativa residua del 70% nelle sue precedenti attività di guida turistica, impiegato di ufficio e aiuto-cuoco e in qualsiasi altra attività adeguata. 2.8. Essendo quindi esigibile che l'assicurato, a partire dal mese di novembre 2010, sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 70% nelle precedenti attività di guida turistica, impiegato di ufficio e aiuto-cuoco e in qualsiasi altra attività adeguata, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. 2.9. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, BG über die IV, Zurigo 1997, pag. 28, 30; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pagg. 190s). In sede ricorsuale, il patrocinatore ha contestato il metodo generale del raffronto dei redditi utilizzato dall'amministrazione, ritenendo applicabile al caso di specie il metodo specifico del confronto dei campi di attività, dato che l'assicurato non ha più lavorato da quando è rientrato in Ticino, a causa dei suoi problemi psichici (doc. I). Al riguardo, nella risposta di causa, l'Ufficio AI ha indicato che "a parte il fatto che dagli atti presenti all'inserto nulla si evince in tal senso (ovverossia che il signor RI 1 debba essere considerato come persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica), lo stesso assicurato – in sede di osservazioni al progetto – non ha assolutamente contestato il metodo di calcolo adottato dall'amministrazione, rimarcando altresì che "al momento non sono in grado né di cercare lavoro, né tantomeno di lavorare. Questo nella misura del 100% e per tutte le professioni" (doc. VI). Chiamata a pronunciarsi, questa Corte, alla luce delle considerazioni che seguono, ritiene corretto l'approccio scelto dall'amministrazione, invece di quello preteso dall'assicurato (metodo specifico di calcolo). Va sottolineato che, nella domanda di prestazioni del 19 marzo 2010, l'assicurato stesso ha indicato di avere esercitato l'attività di impiegato di ufficio presso la _____ di _____ dal mese di agosto 2007 al mese di novembre 2007 e di essere, da novembre 2007, senza attività lucrativa. Egli ha pure indicato di essere stato iscritto alla disoccupazione dal 21.12.2006 al 12.6.2008, senza tuttavia diritto alle indennità (cfr. doc. 1-7). In nessun momento l'assicurato ha indicato di essere una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica o "casalingo". Inoltre, nelle osservazioni del 20 dicembre 2010 contro il progetto di decisione di rifiuto delle prestazioni del 14 dicembre 2010, l'assicurato ha indicato di non essere in grado né di

cercare lavoro, né di lavorare, allegando a comprova di quanto sostenuto un certificato medico della sua psichiatra curante (doc. 33-1). Anche in questa occasione, dunque, egli non ha asserito di svolgere l'attività di "casalingo". Nel curriculum vitae redatto in data 13 aprile 2010 per l'UAI, l'assicurato ha indicato che "non ritengo di potere lavorare" (doc. 6-1). Nel rapporto medico del 19 aprile 2010, il dr. _____ ha indicato che l'assicurato "dopo essere stato impiegato per circa tre anni nel suo settore di formazione, ha lavorato come animatore turistico in _____ per poi rientrare in Svizzera con un atteggiamento critico nei confronti del suo stile di vita precedente, dei meccanismi e regole che lo alimentano e nei confronti di alcune persone anche nell'ambito familiare" (doc. 9-2). Nel rapporto medico del 20 maggio 2010, la dr.ssa _____ ha indicato che l'interessato "fino al 2004 ha vissuto con i suoi soldi. Dopo si è iscritto alla disoccupazione. Terminato il periodo di diritto è andato in assistenza (...) Nel 2006 ha tentato di lavorare come aiuto cuoco in vari ristoranti ma con scarsi risultati. Andare all'estero ora gli fa paura" (doc. 11-3). Dagli atti non risulta quindi che l'assicurato abbia smesso di svolgere un'attività lavorativa per sua libera scelta, indipendentemente da motivi di salute, ma piuttosto di non avere un'attività lavorativa a causa dei suoi problemi di salute. Alla luce di quanto sopra esposto dunque, è a giusta ragione che l'amministrazione ha ritenuto che l'assicurato, prima del danno alla salute, fosse salariato in misura completa, utilizzando di conseguenza il metodo generale del raffronto dei redditi . 2.10. In queste condizioni, questo Tribunale, constatato che l'assicurato conserva a partire da novembre 2010 una capacità lavorativa residua del 70% nelle sue precedenti attività di guida turistica, impiegato di ufficio e aiuto-cuoco, nelle quali è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 70% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che, come indicato dall'UAI nella risposta di causa (doc. VI), nell'ipotesi maggiormente favorevole all'interessato, l'incapacità lucrativa del ricorrente ammonta al 30% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008; STF 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009), percentuale che non dà diritto ad una rendita d'invalidità. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C_444/2009 del 16 settembre 2009, nella quale il TF, confermando la precedente sentenza 32.2008.73 del 23 aprile 2009 del TCA, ha confermato il diritto ad una mezza rendita di invalidità per un assicurato, abile al lavoro al 50% sia nella sua attività, sia in altre; in una sentenza 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009 per un'assicurata inabile al lavoro al 50% nella sua professione. 2.11. Il TCA sottolinea tuttavia che, nonostante l'assicurato sia stato considerato inabile al lavoro al 100% dal mese di ottobre 2008 al mese di ottobre 2010, come da indicazioni dei periti del CPAS, nella decisione impugnata l'amministrazione, a torto – come del resto riconosciuto dallo stesso Ufficio AI in sede di risposta di causa (doc. VI) - non ha tenuto conto di tale circostanza. D'altra parte, va pure tenuto conto del fatto che l'assicurato ha presentato la propria richiesta di prestazioni solo nel mese di marzo 2010 (doc. 1). Ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 capoverso 1 LPGa, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. Stante quanto sopra esposto, questo Tribunale ritiene che,

considerato da una parte che l'assicurato è stato totalmente inabile al lavoro dal mese di ottobre 2008 ma, d'altro canto, tenendo conto del fatto che la richiesta di prestazioni è stata presentata solo nel marzo 2010, a norma dell'art. 29 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto ad una rendita intera a partire dal 1° settembre 2010 (ossia sei mesi dopo l'inoltro della richiesta di prestazioni), come correttamente proposto dall'UAI in sede di risposta di causa (cfr. doc. VI). Tale rendita intera può essere riconosciuta all'interessato solo per un periodo limitato e meglio solo fino al 31 gennaio 2011, come proposto correttamente dall'amministrazione in sede di risposta di causa (cfr. doc. VI), dato che, a partire dal mese di novembre 2010, l'assicurato ha ritrovato una capacità lavorativa del 70%, che comporta, come visto, nell'ipotesi maggiormente favorevole all'assicurato, un'incapacità lucrativa del 30%, insufficiente per avere diritto ad una rendita di invalidità (cfr. consid. 2.10.). Al riguardo va evidenziato che, giusta l'art. 88a OAI, se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. In concreto, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.7.), l'assicurato è da considerare abile al lavoro al 70% a partire dal mese di novembre 2010 (cfr. doc. 134-2). Di conseguenza, i tre mesi dopo il subentrare della capacità lavorativa del 70% dell'assicurato, ex art. 88a OAI, vengono a scadere il 31 gennaio 2011, come correttamente proposto dall'Ufficio AI nella risposta di causa (cfr. SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 632/05 del 25 ottobre 2006). Nella misura in cui l'Ufficio AI ha rifiutato il riconoscimento di una rendita di invalidità, la decisione del 18 febbraio 2011 deve, perciò, essere annullata e modificata nel senso che l'assicurato ha diritto ad una rendita intera di invalidità (grado AI del 100%) dal 1° settembre 2010 (art. 29 cpv. 1 LAI) al 31 gennaio 2011 (art. 88a cpv. 1 OAI), come correttamente proposto dall'Ufficio AI in sede di risposta di causa (cfr. doc. VI).

2.12. Parzialmente v'è vincente in causa, il ricorrente, rappresentato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 lett. g LPGa).

2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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. Visto l'esito della vertenza, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- in misura di fr. 100.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 400.-- che vanno a carico del ricorrente.

2.14. L'assicurato ha chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 1.2.). Ritenuti l'esito della lite e il diritto a ripetibili parziali, tale richiesta, per quanto attiene alla parte per la quale l'insorgente è vincente in causa, è divenuta priva di oggetto (cfr. DTF 124 V 310 consid. 6; STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02; STFA dell'8 novembre 2001 nella causa F., U 134/99; STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T. contro INSAI e TCA, U 59/99; STFA del 2 agosto 1999 nella causa H.D contro UAI e TCA, I 360/97; STFA del 19 novembre 1998 nella causa S.S contro CCC, P 7/97 e STFA del 27 aprile 1998 nella causa INSAI contro A.C. e TCA, U 18/97). Per la parte del ricorso in cui il ricorrente è soccombente, egli può invece essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia le relative condizioni (cfr. DTF 124 V 301 consid. 6). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al

gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza federale, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). Il ricorrente, nato il 29.12.1970, celibe, senza attività lucrativa, si trova nel bisogno. L'assicurato ha infatti dichiarato di percepire unicamente fr. 1'765.35.- mensili dall'Ufficio del sostegno sociale (cfr. documentazione allegata al doc. V). Egli ha inoltre dichiarato di possedere una sostanza di fr. 16'000, precisando tuttavia che "quest'ultima è sostanzialmente vincolata e quindi non accessibile" (cfr. certificato municipale, allegato al doc. V). In una sentenza H 41/01 del 26 aprile 2001, il TFA si è pronunciato sulla questione a sapere a quali condizioni ed in quale misura è possibile tenere conto della sostanza per determinare se il ricorrente è indigente, rilevando quanto segue: " Pour déterminer si le recourant est indigent, il faut tenir compte de sa fortune , pour autant qu'elle soit disponible (ATF 119 Ia 12 consid. 5, 118 Ia 370 consid. 4). En particulier, lorsqu'il dispose d'une fortune mobilière, il convient qu'il l'affecte à la défense de ses intérêts (Zen-Ruffinen, Assistance judiciaire et administrative : Les règles minima imposées par l'article 4 de la Constitution fédérale, JT 1989 I p. 38). La jurisprudence a toutefois admis que la fortune mobilière pouvait présenter le caractère d'une réserve de secours destinée à couvrir les besoins futurs de la personne indigente (arrêts non publiés du TFA du 7 octobre 1996 [H 109/96], du 17 mai 1993 [H 62/93]; arrêts non publiés du Tribunal Fédéral du 6 mai 1994 [1P.640/1992], du 11 février 1994 [5P.520/1993] et du 29 mai 1990 [4P.97/1990]. La fourchette des montants considérés comme réserve de secours par cette jurisprudence s'étend de 19.800 fr. à 40.000 fr. environ. En l'espèce, la fortune mobilière de 100.000 fr. dont dispose le recourant excède largement le montant admissible au titre de réserve de secours. A cet égard, il n'est pas possible de prendre en considération les frais que le recourant pourrait encourir dans le cadre de futures procédures. De surcroît, il n'apparaît pas que sa fortune soit placée d'une manière qui l'empêche de disposer des sommes nécessaires à la couverture de ses frais d'avocat. Les autres moyens du recourant ne sont pas non plus pertinents dans ce contexte. " (STFA succitata, consid. 4c). Nella concreta evenienza, essendo la sostanza di cui dispone l'assicurato non disponibile, l'indigenza deve pertanto essere ammessa. L'assicurato non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti

cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio, per la parte del ricorso in cui il ricorrente è soccombente, va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che il ricorrente è per il momento esonerato dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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