

TI_GERICHTE 32.2012.273 vom 30. März 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-03-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.273

FR: TI_GERICHTE 32.2012.273 du 30 mars 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2012.273 del 30 marzo 2015

Regeste

Visti gli esiti dell'istruttoria, il TCA ha ordinato una perizia pluridisciplinare, richiesta anche dall'assicurato. Tuttavia, alla luce dei nuovi referti prodotti dal ricorrente il TCA ha annullato la perizia e rinviato gli atti all'UAI per ulteriori accertamenti medici

Erwägungen

E. 4

visione pessimistica del futuro

E. 5

idee o atti di auto-aggressività o di suicidio;

E. 6

disturbi del sonno;

E. 7

novembre 2013 – ha interpellato il Dr. _____ in questi termini (doc. XXXVII): " (...) Nel suo rapporto del 25 febbraio 2013 indirizzato all'avv. RI 1, in cui lei si riconferma sostanzialmente nei precedenti rapporti del 27 marzo e 22 ottobre 2012, ha concluso evidenziando che a prescindere dall'inquadramento diagnostico il paziente presenta un quadro clinico molto grave, a decorso cronico e infausto, e completamente inabilitante dal punto di vista lavorativo (rapporto 25 febbraio 2013, pag. 2). La Dr.ssa _____, perita del SAM, nel rapporto del 20 maggio 2012, riferendosi agli approfondimenti testistici effettuati sul paziente si è chiesta per quale motivo una " grave depressione senza sintomi psicotici " non sia stata sostenuta con un periodo di ricovero o con un'adeguata terapia farmacologica (rapporto 20 maggio 2012, pag. 3). Alla luce delle osservazioni della Dr.ssa _____, la invitiamo a chiarirci questo punto, in particolare ad illustrarci per quali motivi ritiene il quadro clinico dell'assicurato molto grave, malgrado egli non sia mai stato ricoverato, né sia mai stato sottoposto ad un'adeguata presa a carico specialistica (cfr. rapporto SAM 4 novembre 2011, pag. 17)." (doc. XXXVII). Il 18 novembre 2013 il Dr. _____, dopo aver sottolineato che il suo rapporto con l'assicurato è stato di carattere esclusivamente peritale e non terapeutico, ha così risposto al TCA: " (...) il quadro clinico dell'assicurato è atipico. Se la diagnosi di depressione grave mi sembra assodata e incontestabile, è pur vero che superficialmente esso è dominato da disforia, rabbia, aggressività verbale e sfiducia, quest'ultima soprattutto nei confronti della classe medica (con poche eccezioni). Nella "economia psichica" dell'assicurato, la rabbia e l'aggressività, a tinte proiettive (paranoiche) hanno la funzione di proteggere l'assicurato dall'emergere dei sentimenti depressivi che sarebbero per lui ancora più dolorosi. Ciò impone cautela nella cura di queste patologie poiché, per dirla in termini semplici, "il rimedio potrebbe

essere peggiore del male”. Inoltre, una terapia deve essere accettata dal paziente e ciò può avvenire soltanto in un rapporto di fiducia che, all’epoca, non era stabilito con nessuno dei medici (e men che meno degli psichiatri). Da allora, la situazione si è fortunatamente un po’ modificata, anche se molto cautamente. Su richiesta del Dr. _____, che già aveva peritato l’assicurato dal punto di vista neurologico, egli è stato esaminato, nel senso di un consulto specialistico, dalla Dr.ssa _____, FMH psichiatria e psicoterapia, direttore della Clinica _____ “_____”, che l’ha incontrato nella primavera di quest’anno. La Dr.ssa _____ (che, come ho già avuto modo di segnalare in un mio precedente scritto, condivide largamente la mia valutazione) ha espresso anche una valutazione terapeutica circostanziata e prudente, consigliando una cura farmacologica sicuramente praticabile a livello ambulatoriale. Sui suoi risultati non dispongo di alcuna informazione. Per quanto riguarda l’ipotesi di un trattamento stazionario, non posso che far notare che il quadro clinico dell’assicurato lo sconsiglia. Egli è bisognoso di tranquillità e di poter seguire i propri ritmi, cosa difficilmente praticabile in un reparto; inoltre, la sua irritabilità lo espone a frizioni e attriti con altri pazienti (si tratta di situazioni che si presentano frequentemente in un collettivo di pazienti psichiatrici); infine, la terapia oculatamente proposta dalla Dr.ssa _____ non richiede misure stazionarie. A mio avviso, queste costituirebbero una “ultima ratio” soltanto in caso di esplicita richiesta da parte dell’assicurato” (doc. XXXVIII). L’insorgente ha quindi prodotto un nuovo referto, datato 9 dicembre 2013, del Dr. _____ che – in buona sostanza – si riconferma nei suoi precedenti scritti (doc. XLV+H). La Dr.ssa _____, si è sempre riconfermata nella propria valutazione per quanto riguarda il periodo sino alla decisione impugnata (cfr. doc. XIV5, doc. XXIV+1/2, doc. XXXIII+1). Le notevoli divergenze delle valutazioni e conclusioni tra la perita amministrativa e il perito di parte, hanno indotto questo Tribunale ad ordinare il 19 dicembre 2013 una perizia giudiziaria presso il PE 1 di _____ (cfr. consid. 1.32; sul tema cfr. STF 8C_583/2014 del 6 febbraio 2015). Questa perizia giudiziaria, a seguito degli eventi descritti ai consid. 1.11 – 1.36, in particolare visti i certificati medici prodotti dal patrocinatore dell’assicurato il 2 marzo 2015 e le successive precisazioni dei medici del 3 e 4 marzo 2015 che attestano l’impossibilità per l’assicurato di recarsi a _____, è stata annullata il 4 marzo 2015 (cfr. consid. 1.37). A proposito della problematica psichiatrica va ancora evidenziato che in data 24 febbraio 2014 il patrocinatore dell’assicurato ha prodotto un rapporto del 20 febbraio 2014 del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale ha posto la diagnosi di “Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio grave senza sintomi psicotici (ICD-10 F33.2), ad innesto su tratti di personalità paranoidi ” (doc. LXIII+i1). Il Dr. _____ ha rilevato, nell’anamnesi, di avere curato l’assicurato ininterrottamente dal 14 luglio 2006 sino al 20 giugno 2007 su segnalazione della moglie, dopo gli accertamenti neuropsicologici del Dr. _____. A quel momento, il Dr. _____ aveva posto la diagnosi di “ stato depressivo medio grave, emicranie ” (doc. LXIII+i1). Lo specialista ha quindi indicato di non avere avuto più notizie dell’assicurato sino alla fine del mese di settembre 2013, quando per il tramite della moglie, ha chiesto di poter tornare in cura. I colloqui ambulatoriali sono ripresi al 16 ottobre 2013. Il curante ha evidenziato la serietà dell’episodio depressivo del 2006 e il marcato potenziamento dello stato depressivo, a partire dal mese di dicembre 2013, dopo il ricevimento della convocazione per la perizia PE 1 a _____. In particolare, il Dr. _____ si è pure detto sorpreso della banalizzazione, da parte del paziente, dell’episodio depressivo del 2006: “ lo confrontavo con il mio ricordo della serietà dello stesso, della durata prolungata di incapacità lavorativa,

dell'impegno reciproco nell'affrontarlo" (doc. LXIII+i1). Rispondendo alle domande dell'avv. RA 1, il Dr. _____, dopo aver esposto i disturbi lamentati dall'assicurato, ha elencato i dati oggettivi: " deflessione grave dell'umore (43 punti alla scala di Hamilton a fine dicembre 2013), abbassamento autostima, riduzione volitività, perdita di energia, sensi di colpa, pessimismo per il futuro, difficoltà deambulatorie e nella forza, idee interpretative e persecutorie (ma difficile a volte differenziare tra interpretatività o robusta risposta a situazioni concretamente dannose nei suoi confronti), riduzione dell'istinto vitale, aggressività sul piano verbale e fisico" (doc. LXIII+i1). A suo parere, l'infortunio del 5 maggio 2009, con le sue conseguenze somatiche, in particolare i dolori cronici, la ridotta e incerta motilità, il peggioramento significativo delle emicranie e cefalee, i disturbi oculari e sessuali, " hanno chiaramente funto da detonatore per l'ulteriore grave recidiva depressiva, innestatasi in un momento di discreto equilibrio psichico, la struttura di personalità con tratti paranoidi, già evidente nel passato, ha fornito ulteriore combustibile allo scoppio". Secondo il Dr. _____, quale evento concomitante sfavorevole, vi è la malattia della madre e la sua morte nel 2009, tre settimane dopo l'infortunio (doc. LXIII+i1). Per quanto riguarda il peggioramento della patologia, il medico curante ha evidenziato che rispetto al 2006, l'attuale patologia psichiatrica è decisamente più grave e cronicizzata, con un " grosso corteo di disturbi sul piano somatico" (doc. LXIII+i1). Il Dr. _____ concorda con il Dr. _____ sia dal profilo diagnostico che riguardo all'incapacità lavorativa, le cure e la prognosi. Egli ha indicato un'inabilità del 100% dal 16 ottobre 2013 (doc. LXIII+i1). Questo specialista dissente invece, sia a proposito della diagnosi che in merito all'inabilità lavorativa, con le conclusioni della dottoressa _____ e rileva al riguardo: " (...) Basandosi sulla conoscenza avuta del paziente come psichiatra curante durante l'episodio depressivo medio grave protrattosi almeno per più di due anni (e da me oggettivato da luglio 2006 a giugno 2007), risoltosi con psicoterapia e farmacoterapia antidepressiva, (Seropram, Laroxyl), benzodiazepinica (Dormicum) e neurolettica (Seroquel), rispettivamente per la cura dell'attuale episodio depressivo grave, in progressivo e ulteriore aggravamento da ottobre 2013, l'ipotesi diagnostica della Dr.ssa med. _____ di "reazione da disadattamento con prevalente coinvolgimento della emotività" non mi trova d'accordo, per cui la diagnosi va modificata come al punto 1. L'ipotesi di "sindrome somatoforme da dolore persistente ... in una dimensione in cui non esiste una patologia psichiatrica di rilevante intensità ..." è inesatta alla luce della diagnosi psichiatrica rilevante e antecedente da me posta, rispettivamente per l'oggettività dell'infortunio con le sue conseguenze somatiche pregresse alla sintomatologia algica. A cadere sarebbero pure considerazioni improprie, del tipo, almeno per quanto riguarda il 2006 "non posso non chiedermi se così grave è apparso il quadro del soggetto, come sia accaduto di non vederlo prendere in carico da specialista né di vederlo curato con adeguata terapia farmacologica". Va reso atto alla Collega che nella valutazione del caso, le informazioni solo parziali raccolte, per il periodo 2006-2007, non hanno a mio avviso facilitato un orientamento diverso diagnostico. Per le considerazioni riguardo l'incapacità lavorativa rimando al punto 5. (...)" (doc. LXIII+i1, pag. 8) A proposito dell'evoluzione nel tempo dell'incapacità lavorativa il dottor _____ ha invece precisato: " (...) Dopo il rientro in mia cura, quindi da 16.10.2013, l'incapacità lavorativa dal profilo psichiatrico è sempre stata del 100% e come tale prosegue sia nell'ambito del suo lavoro che in altri compatibilmente esigibili. Non posso esprimermi riguardo il periodo luglio 2007 sino a inizio ottobre 2013, quando non avevo in cura il paziente. Suppongo però, dalla prolungata e precedente conoscenza dello stesso, che l'ipotesi di una incapacità lavorativa al 100% per

motivi psichiatrici seguente all'infortunio di maggio 2009 sia quella maggiormente plausibile, soprattutto sulla base, tra altri numerosi reperti, della presenza nella perizia _____, di un punteggio di 36 nella scala della depressione di Hamilton, indici di depressione grave quindi, per definizione da ICD-10 "improbabile che il paziente possa continuare il lavoro". Ricordo come già l'episodio depressivo 2006-2007, (indubbiamente di minore gravità e non scatenato dall'infortunio con conseguenti patologie somatiche conclamate e persistenti), trattato con adeguata farmacoterapia antidepressiva e ansiolitica, portò a una incapacità lavorativa, seppure di grado variabile, protrattasi più di 15 mesi. (...)" (doc. LXIII+i1, pag. 8). Chiamato ora a pronunciarsi questa Corte, alla luce del rapporto del Dr. _____, ritiene che la valutazione peritale della Dr.ssa _____, che peraltro ha visto l'assicurato una sola volta il 20 ottobre 2011 (cfr. doc. 51/1), non adempia i requisiti richiesti dalla giurisprudenza, affinché un rapporto medico abbia valore probante (cfr. consid. 2.4.; al riguardo cfr. STF 8C_701/2014 del 4 marzo 2015). In particolare la perizia psichiatrica amministrativa della dottoressa _____ del 20 ottobre 2011 (cfr. doc. AI 51/1) è carente nella misura in cui ignora totalmente, a livello dell'anamnesi, l'episodio depressivo precedente curato dal luglio 2006 al giugno 2007. Ora questo episodio è stato definito dal Dr. _____ "prolungato e grave". Esso ha causato un'inabilità al lavoro del 100% dal 13 marzo al 6 agosto 2006, del 50% dal 7 agosto al 22 ottobre 2006, del 20% dal 23 ottobre 2006 e del 50% dal 19 gennaio 2007 (doc. LXIII+i1). Tale episodio è stato peraltro segnalato dalla dottoressa _____ in modo assai stringato anche nelle prese di posizione successive alla perizia amministrativa e precisamente nel rapporto del 20 maggio 2012 (doc. AI 85-2: "... Uno stesso tono depressivo viene registrato nel 2006 in occasione di un fatto contingente che l'A evidentemente interpretava come "attacco" alla sua incolumità-entità. (...) Da questo punto di vista poco importa se l'insulto sia oggettivo come un trauma fisico o un'esperienza soggettiva di "essere stati lesi" come nel 2006 quando sperimentava un malessere psicologico con note molto simili alle attuali come registrato almeno per gli aspetti umorali, stante un problema di "vicinato rumoroso". (...) L'A risulta francamente depresso negli approfondimenti testistici del 2006 e negli ultimi approfondimenti testistici effettuati: sarei più incline a pensare che si tratti in entrambi i casi di una "reazione" (che qui uso non limitatamente alla diagnosi ICD ma in senso lato di qualcosa che accade successivamente, per causa di) psico-emotiva ad un vissuto di attacco- di pericolo o messa in discussione del proprio Sé per come se lo riconosce-conosce..."), in quello del 6 febbraio 2013 (doc. XIV/5: "... Un primo episodio con probabili stigmate depressive viene registrato nel 2006 sempre a suo dire come reazione a fatti contingenti. ...") e in quello del 3 maggio 2013 (doc. XXIV/1d: "... Già nella mia relazione del 02.2013 scrivevo: "Un primo episodio con probabili stigmate depressive viene registrato nel 2006 sempre a suo dire come reazione ai fatti contingenti. ...").

2.6.2. Dal profilo reumatologico l'assicurato è stato sottoposto al consulto del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche, che nel rapporto del 17 ottobre 2011 ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di " 1.Stato dopo trauma distrattivo della spalla dx il 5.05.2009 con conseguente frattura del tubercolo maggiore. - Trattamento conservativo con fissazione in Gilchrist per sei settimane. - Lesione parziale del sovra spinato. - Sviluppo di un' emisindrome algica a dx di origine non chiara, verosimilmente nell'ambito di uno sviluppo funzionale-somatoforme. 2. Sindrome panvertebrale di origine principalmente miotensiva scatenata dal citato infortunio del 5.5.2009" (doc. AI 46-36). Secondo il perito, in un'attività fisicamente leggera come quella di analista finanziario vi è una minima limitazione della capacità lavorativa valutabile

attorno al 20%. In attività fisicamente più pesanti la limitazione è invece del 50% (doc. AI 46-37). L'assicurato ha contestato tale conclusione – sia per quanto riguarda la diagnosi che la capacità lavorativa residua – facendo riferimento alle valutazioni del Dr. _____ e del Dr. _____ della Clinica _____ di _____ (in particolare del 20 febbraio 2012, del 26 novembre 2012, del 20 marzo 2013 e del 30 giugno 2013, doc. AI 67-8, doc. D2, F3 e G), oltre che della Dr.ssa _____ (doc. E, F2, G). Il Dr. _____ si è sempre riconfermato nella propria valutazione (cfr. doc. XIV2, doc. XXIV, doc. XXXIII+1). Alla luce delle divergenti valutazioni mediche, il TCA ha stabilito che la perizia pluridisciplinare presso il PE 1 avrebbe dovuto esaminare anche l'aspetto reumatologico. In data 17 marzo 2015 l'avv. RA 1 ha peraltro prodotto copia di una MRI colonna cervicale e lombare del 10 marzo 2015, effettuata a seguito di un peggioramento della sintomatologia algica (doc. CI+M).

2.6.3. Per quanto riguarda la patologia neurologica l'assicurato è stato sottoposto al consulto della Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel rapporto del 13 ottobre 2011 non ha posto alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. A suo parere l'assicurato è abile al 100% (doc. AI 46-40+41). Anche per quanto riguarda l'aspetto neurologico, l'assicurato ha contestato le conclusioni del Dr. _____ facendo riferimento alle valutazioni del Dr. _____ e del Dr. _____ della Clinica _____ di _____ (in particolare quelle del 20 febbraio 2012, del 26 novembre 2012 e del 20 marzo 2013, doc. AI 67-8, doc. D2 e F3), oltre che della Dr.ssa _____ (doc. E, F2, G). Il patrocinatore di RI 1 ha inoltre prodotto i referti del 12 dicembre 2012, del 26 marzo 2013 e del 14 agosto 2013 della Dr.ssa _____, spec. FMH in medicina interna, che ha diagnosticato un "emicrania senza aura (ICHD-II 1.1)", una "cefalea cronica attribuita a colpo di frusta (ICHD-II 5.4)" e una "probabile cefalea da uso eccessivo di farmaci sintomatici in combinazione (ICHD-II 8.2.8.6)", con un'inabilità al lavoro almeno del 60%, con picchi del 100% (doc. E, F2, G). Anche il Dr. _____ si è sempre riconfermato nella sua valutazione ritenendo tuttavia che si dovrebbero riconsiderare in dettaglio le cefalee, alla luce della loro attuale evoluzione (cfr. doc. XIV4, doc. XXIV, doc. XXXIII+1). Alla luce delle divergenti valutazioni e conclusioni mediche, la perizia pluridisciplinare presso il PE 1 avrebbe valutato anche l'aspetto neurologico.

2.6.4. Infine, per quanto riguarda la patologia oftalmologica l'assicurato è stato sottoposto al consulto della Dr.ssa _____, spec. FMH in oftalmologia, nel rapporto del 17 ottobre 2011 ha posto la diagnosi di "Miopia medio-elevata. Presbiopia. Distacco parziale posteriore del corpo vitreo bilaterale". Secondo la Dr.ssa _____, dal punto di vista oftalmologico non si giustifica una diminuzione della capacità lavorativa (doc. AI 46-42). L'assicurato ha contestato l'aspetto oftalmologico facendo riferimento alla valutazione del prof. _____ del 29 febbraio 2012 (doc. I+B) e a quella del Dr. _____ (doc. F6). La Dr.ssa _____ ha riconfermato la propria valutazione peritale (cfr. doc. XIV3, doc. XXIV+1/2, doc. XXXIII+1). Anche su quest'ultimo aspetto, viste le divergenti valutazioni mediche contenute nell'incarto, la perizia presso il PE 1 era destinata a fare chiarezza attraverso un esame del Prof. _____, specialista in neuro-oftalmologia (doc. LXXXIII, LXXXIX).

2.6.5. Secondo i periti del SAM, le conseguenze sulla capacità lavorativa dell'assicurato si manifestano nell'ambito delle menomazioni a livello psichiatrico (15%) e reumatologico (20%). Le limitazioni in questi due ambiti non vanno tuttavia sommate aritmeticamente, ma integrate in quanto "si giustificano entrambe con il rendimento lavorativo e pertanto si sovrappongono" (doc. AI 46-30). I periti del SAM hanno ribadito nuovamente in data 11 ottobre 2013 che "a riguardo della cumulabilità o meno dei limiti valetudinari evidenziati

in ambito psichiatrico e reumatologico, unanimemente confermiamo la nostra valutazione di ritenerli sovrapponibili (in effetti entrambi influenzano il rendimento lavorativo) e pertanto non vanno sommati aritmeticamente ” (doc. XXXIII+1). La perizia del PE 1 avrebbe dovuto fare chiarezza anche sulla valutazione globale dell’incapacità lavorativa.

2.7. Riassumendo, nella presente fattispecie, visti gli esiti dell’istruttoria compiuta e alla luce, in particolare, delle divergenze sugli aspetti psichiatrici, reumatologici, neurologici e oftalmologici, il TCA ha ritenuto necessario ordinare una perizia medica pluridisciplinare a cura del PE 1 di _____ (uno dei pochi centri peritali, se non l’unico, fuori Cantone che dispone di un perito psichiatra che padroneggia la lingua italiana). Una perizia pluridisciplinare era stata peraltro richiesta anche dall’assicurato in sede di ricorso (cfr. doc. I, VI, XX, XXIX, LXIII), come rammentato dal Presidente del TCA, in data 26 novembre 2014 (cfr. consid. 1.32). Dopo numerose richieste formulate dall’insorgente, vedi gli scritti del 21 agosto 2014, in cui l’avv. RA 1 ha postulato la riformulazione del programma per concentrare le visite peritali “ in un giorno o due giorni consecutivi ” (doc. LXXX++1-2), lo scritto del 5 settembre 2014, dove il rappresentante chiedeva il rinvio della visita oculistica peritale fissata l’8 settembre 2014 (doc. LXXXV) e quello del 5 settembre 2014, nel quale comunicava l’impossibilità di presenziare alla medesima visita (doc. LXXXVIII), per venire incontro all’assicurato il _____ ha fissato le nuove date per l’esame pluridisciplinare raggruppandole all’11,

E. 12

e 13 marzo 2015 (doc. LXXXIX). Soltanto in data 2 marzo 2015 (lettera ricevuta dal TCA il 3 marzo 2015) l’avv. RA 1 ha trasmesso a questa Corte il rapporto del 20 febbraio 2015 della Dr.ssa _____ e quello del 26 febbraio 2015 del Dr. _____ (doc. XCII+L1,L2) comunicando di ritenere controindicato, per tutte le ragioni mediche da loro esposte, una trasferta fino a _____ (doc. XCIII). Interpellati dal TCA il 3 marzo 2015 (doc. XCIV, XCV) il Dr. _____ e la Dr.ssa _____ hanno confermato i motivi per i quali non ritengono esigibile la trasferta a _____ (doc. XCVII, XCVI). Il Presidente del TCA, nello scritto del 4 marzo 2015, ha segnalato all’avv. RA 1 che in precedenza non erano da lui mai state sollevate obiezioni di carattere medico, circa la trasferta a _____, limitandosi a chiedere, come in effetti è stato fatto, di raggruppare le visite (cfr. lo scritto del 26 novembre 2014). L’avv. RA 1 ha risposto il 4 marzo 2015 affermando di aver preso conoscenza dei referti dei medici curanti solamente il 2 marzo 2015. Da tali certificazioni traspare un peggioramento della situazione clinica (doc. XCIX). Ai sensi dell’art. 61 cpv. 1 LPGA, lett. c. il tribunale delle assicurazioni, con la collaborazione delle parti, stabilisce i fatti determinanti per la soluzione della controversia; raccoglie le necessarie prove e le valuta liberamente. Secondo l’art. 43 LPGA se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l’assicurato deve sottoporvisi (cpv. 2). Se l’assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un’ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d’informare o di collaborare, l’assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l’inchiesta e decidere di non entrare in materia (cpv. 3). L’obbligo per l’assicurato di sottoporsi a esami medici o specialistici, dipende dunque dal doppio presupposto che l’esame sia necessario e ragionevolmente esigibile per la persona assicurata. Il presupposto dell’esigibilità è da intendere dal profilo oggettivo e soggettivo. Secondo la giurisprudenza, in assenza di circostanze concrete contrarie, le usuali visite presso un centro peritale vanno generalmente considerate esigibili (cfr. SVR 2007 IV n. 48

consid. 4.2 concernente una perizia presso un SAM). Il Tribunale federale ha parimenti giudicato esigibile che l'assicurato si presenti alla visita peritale senza terze persone, ossia senza il suo patrocinatore (cfr. SVR 2008 IV n. 18 consid. 4.7). Questo Tribunale, agendo conformemente a quanto stabilito dalla giurisprudenza federale (SVR 2015 IV nr. 12), ha fissato e mantenuto, malgrado le contestazioni del patrocinatore dell'assicurato e dopo avere adottato i correttivi da lui richiesti per rendere il meno gravoso possibile lo spostamento dell'assicurato a _____, la perizia giudiziaria presso il PE 1. Alla luce dei certificati medici dei dottori _____ e _____ prodotti dal patrocinatore del ricorrente, purtroppo soltanto pochi giorni prima delle date previste per la perizia (dall'11 al 13 marzo 2015), il TCA ha annullato la perizia giudiziaria. In simili condizioni, viste le circostanze particolari del caso e i dubbi circa l'esigibilità dal profilo medico di accertamenti fuori Cantone, questo Tribunale ritiene che i necessari ulteriori accertamenti debbano essere effettuati dall'amministrazione (cfr. SVR 2015 IV Nr. 12 consid. 3.3). Gli atti vengono quindi rinviati all'Ufficio AI affinché incarichi il SMR, attraverso uno specialista in psichiatria e uno in reumatologia, di riesaminare tutti gli atti medici all'incarto e di interpellare i medici curanti dr.ssa _____ e dr. _____. I medici del SMR dovranno poi stabilire se, alla luce dei nuovi referti dei medici appena citati e delle cure da loro effettuate, oltre che degli altri certificati medici nell'incarto (in particolare quelli del Dr. _____ e della Dr.ssa _____), è realmente possibile confermare, esaminando retrospettivamente la situazione alla luce dell'evoluzione successiva e fino al momento determinante dell'11 ottobre 2012, un miglioramento della capacità lavorativa dell'assicurato. Se tale miglioramento non dovesse essere confermato (e in particolare se l'affezione psichiatrica, visti anche i precedenti e l'evoluzione successiva risultasse più grave di quella accertata dalla Dr.ssa _____ e tale da provocare una pressoché completa inabilità lavorativa), la rendita intera andrà mantenuta (sull'impossibilità di esercitare un'attività lucrativa per motivi psichici, cfr. STCA 32.2013.28 del 7 agosto 2013 e successiva sentenza federale 9C_658/2013 del 26 dicembre 2013, parzialmente pubblicata in DTF 140 V 2; STF 8C_683/2011 del 16 agosto 2012; STCA 32.2011.254 dell'8 agosto 2012; sul valore predominante della certificazione del medico curante psichiatrico, cfr. STCA 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale). Se invece i medici del SMR dovessero ritenere che vi è stato un miglioramento tale da giustificare la soppressione o la riduzione della rendita intera dal 1° gennaio 2012 l'UAI dovrà ordinare una perizia medica bidisciplinare psichiatrica e reumatologica. La perizia psichiatrica andrà effettuata presso il Centro peritale delle assicurazioni sociali di Bellinzona, mentre per quella reumatologica, tramite un medico specialista in reumatologia del Cantone Ticino, diverso rispetto a quello che ha già valutato in passato l'assicurato (vedi su questo punto anche lo scritto dell'11 ottobre 2013 dei periti del SAM che " ritengono opportuno chiamarsi fuori da ulteriori incarichi peritali " doc. XXXIII1). Questi medici specialisti dovranno poi determinarsi sul grado complessivo di incapacità lavorativa. A proposito della valutazione globale delle patologie (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15, STCA 32.2011.236 del 17 giugno 2013 e 32.2012.187). Quindi, in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. In conclusione, la decisione dell'11 ottobre 2012 va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto quanto appena esposto. 2.8. Il Centro peritale PE 1 ha emesso una fattura di fr. 3'500.-- in relazione alla preparazione della perizia pluridisciplinare ordinata dal TCA ed in seguito annullata. 2.9. Visto l'esito della vertenza,

il ricorrente, rappresentato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 30 cpv. 1 e cpv. 2 Lptca) di fr. 1'500.--. 2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Le spese per complessivi fr. 500.-- sono così suddivise: fr. 250.-- a carico dell'UAI e fr. 250.-- a carico dell'assicurato.

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