

TI_GERICHTE 32.2012.70 vom 6. Januar 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-01-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.70

FR: TI_GERICHTE 32.2012.70 du 6 janvier 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.70 del 6 gennaio 2012

Regeste

Rinvio atti all'Ufficio AI per una nuova valutazione psichiatrica volta a chiarire le divergenze diagnostiche e relative alla capacità lavorativa residua

Erwägungen

E. 29

ottobre 2003, inc. 32.2002.154, STCA del 27 ottobre 2003, inc. 32.2003.15). Per quel che concerne invece il reddito da invalido, lo stesso deve essere determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (cfr. DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché come nel caso in esame l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti di statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (Pratique VSI 2002 pag. 68 consid. 3b; DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc, recentemente confermato in Pratique VSI 2002 pag. 64). 2.5. Il TFA ha già avuto modo di affermare l'ammissibilità di principio di un raffronto tra redditi da attività indipendente con redditi da dipendente (STFA I 543/03 del 27 agosto 2004). Tale modo di operare è segnatamente stato avallato nei casi in cui sono disponibili dati fiscali attendibili (cfr. sentenza citata). Inoltre alla luce del principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, per il quale all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pag. 57, 551 e 572) e, quindi, anche l'obbligo di intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). In talune circostanze si può dunque richiedere ad un assicurato

indipendente di intraprendere un'attività dipendente. Questo avviene allorché egli può mettere a miglior frutto la sua residua capacità lavorativa e quando tale cambiamento di professione - tenuto conto dell'età, della durata dell'attività svolta, della formazione, della tipologia dell'attività sin qui esercitata e della situazione professionale - sia ragionevolmente esigibile. Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (cfr. STFA inedite 27 agosto 2004 in re I, I 543/03, consid. 4.3 e del 22 ottobre 2001 in re W., I 224/01, consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute. Ad esempio l'Alta Corte aveva ritenuto esigibile un cambiamento di professione da agricoltore indipendente in un'attività dipendente adeguata (ZAK 1983 pag. 256; STFA I 38/06 del 7 giugno 2006, consid. 3.2 con riferimenti di giurisprudenza). Vedi anche STFA I 761/04 del 14 giugno 2005, dove il TFA ha confermato l'esigibilità di un cambiamento professionale da custode indipendente di diversi immobili. Nella STFA I 782/03 del 24 maggio 2006, pubblicata in RtiD II-2006, pag. 214, il reddito ipotetico senza il danno alla salute conseguibile da un'assicurata di professione parrucchiera con attività lucrativa indipendente, che quando è rimasta vittima di due incidenti della circolazione aveva avviato da poco il proprio esercizio, non poteva essere determinato fondandosi sull'evoluzione che l'azienda avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, in quanto i dati contabili a disposizione erano pochi e inattendibili. Pertanto, esso è stato correttamente accertato sulla base di un esame comparativo dei redditi conseguiti da aziende simili nella regione. Il reddito da invalida è poi stato ottenuto facendo capo alla situazione salariale concreta dell'assicurata quale assistente di cura. Siccome i due redditi di riferimento sono stati determinati in maniera attendibile secondo il metodo ordinario, l'invalidità dell'assicurata non doveva essere stabilita secondo il metodo straordinario. Per altri casi in cui, invece del metodo straordinario, è stato applicato il normale confronto dei redditi utilizzando i dati statistici ed esigendo dall'assicurato il passaggio ad un'attività dipendente cfr. STF 9C_335/2007 e STF 9C_13/2007.

2.6. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182.

2.7. L'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5).

2.8. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGGA). Il n'y a pas matière à

révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: URSS Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale

erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione.

2.9. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607;

STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.10. Nella decisione del 6 gennaio 2012 l'UAI ha riconosciuto all'assicurato una rendita intera d'invalidità limitatamente al periodo compreso tra il 1° ottobre 2010 e il 28 febbraio 2011 prendendo in considerazione in particolare il referto del Dr. _____ (doc. AI 68-1) e la perizia pluridisciplinare SAM del 23 settembre 2011 (doc. AI 90-1). Si tratta ora di stabilire se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a far tempo dal 1° marzo 2011. Con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurato, l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr.ssa _____), quella reumatologica (Dr. _____) e quella ORL (Dr. _____). Il Dr. _____, spec. FMH in otorinolaringoiatria, nel rapporto del 22 luglio 2011 ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) Diagnosi: - Sordità dell'orecchio di sinistra con stato dopo operazione radicale per colesteatoma. - Ipoacusia percettiva prevalentemente ai toni bassi di tipo grave a destra. - Tinnito cronico di grado III. (...) Valutazione: 1) Il paziente presenta un'importante perdita uditiva con una sordità funzionale nell'orecchio di sinistra. In questa situazione le sue capacità di comunicare sono notevolmente ridotte, una comprensione è possibile solo in ambienti tranquilli guardando in viso l'interlocutore. Durante il nostro esame è stato possibile comunicare con il paziente in questa maniera senza ausilio

dell'apparecchio acustico, che viene portato molto raramente in quanto provoca maggior fastidio e vertigine. Se è appena presente un po' di rumore di fondo o l'interlocutore parla da una posizione diversa che quella frontale il paziente non capisce più bene, deve farsi ripetere le cose oppure non riesce del tutto a seguire un discorso. A quanto pare sono stati fatti diversi tentativi di regolare meglio l'apparecchio e di trovare un apparecchio acustico più idoneo senza esito. A livello teorico sarebbe possibile recuperare una migliore capacità uditiva con un impianto cocleare, considerando però il quadro generale e la situazione sociale del paziente (che tra l'altro viene seguito per un problema di alcoolismo dall'associazione Ingrado), questa possibilità non entra in considerazione (intervento impegnativo che richiede poi una lunga fase di adattamento con necessità di recarsi frequentemente in un centro oltre Gottardo). 2) Tinnito: questo disturbo non sembra essere il problema principale anche se naturalmente diventa molto fastidioso in momenti di maggior nervosismo o quando il paziente cerca di addormentarsi alla sera. In genere il paziente riesce a sopportarlo abbastanza bene durante il giorno. Incapacità lavorativa: Nell'attività precedentemente esercitata quale taxista il paziente è da ritenersi inabile al 100% a causa della gravità della situazione uditiva. Anche ipotizzando di poter migliorare la riabilitazione con una eventuale miglior sopportazione dell'apparecchio acustico o addirittura posizionamento di un impianto cocleare in futuro le cose non potrebbero migliorare in modo sufficiente per questo tipo di professione, che richiede di poter interagire con gli utenti che parlano di lato o da dietro. Sarebbe eventualmente ipotizzabile l'esercizio di una professione in ambiente silenzioso con scarsa necessità di comunicare oppure con un interlocutore posizionato di fronte. Anche un'attività di questo tipo non è facile da trovare per questo paziente che ha avuto una formazione iniziale quale meccanico d'auto e ha poi prevalentemente lavorato nel bar di famiglia. Il quadro generale è poi aggravato dalla problematica psichiatrica per la quale viene pure seguito un trattamento." (doc. AI 90/22-24) La Dr.ssa _____, medico chirurgo – specialista in psichiatria, nella perizia del 15 maggio 2011, dopo aver riassunto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi, la farmaco terapia e lo status psichico, ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 1 DIAGNOSI: con ripercussioni sulla CL - Uso improprio di alcolici in remissione (su programma di monitoraggio presso Ingrado) (ICD 10, F 10.9) - Distimia (ICD 10, F 34.1) - Ansia NAS (ICD 10, F 41.9) Senza ripercussioni sulla CL Nessuna 2 Valutazione della capacità lavorativa (in percentuale) dell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a, se possibile specificando se dovuta a limitazione funzionale o di rendimento riferito a un'attività al 100% Si ritiene di fatto difficile non considerarlo inabile per l'attività di taxista ma su un piano non di pertinenza psichiatrica ma come oggettiva limitazione (a meno che non gli si fornisca un traduttore digitale che gli trasmetta il verbale in forma scritta). Dal punto di vista invece strettamente psichiatrico le diagnosi poste possono a mio avviso al più produrre una IL del 30-35% e non oltre e limitatamente alla presenza di ansia che può ridurre la sua efficienza e capacità di organizzare il lavoro e sul disturbo distimico che può appesantirlo, rallentarlo, affaticarlo. 3 Da quando esiste una riduzione della capacità lavorativa prolungata dal vostro punto di vista specialistico e come si è evoluta fino al momento dell'attuale perizia? Dal 2010 oggettivato da relazione medica, prima fin dal 2009 come retrospettivamente ricostruito con l'A. 4 Riguardo le diagnosi da Lei esposte qual è secondo Lei la prognosi a medio-lungo termine? Incerta, passibile di miglioramento. 5 Come si giustifica la diminuzione della Capacità Lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Appare appesantito dal quadro di deflessione umorale per quanto lieve come tipico della distimia; si mostra ansioso, teso, emotivamente

labile; le tensioni per la perdita di udito lo rendono meno adattabile e più in allerta. 6 Vi sono possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Nel cosa la terapia può essere ottimizzata: ritengo che possano essere rintracciati strumenti anche e soprattutto tecnologici, atti a migliorare le sue performance anche in presenza di deficit uditivi gravi. Di questo si potrà parlare con il referente per l'aspetto specifico e seguire i suoi suggerimenti. 7 Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale e/o riforma professionale presso questo assicurato? Descrivere le residue risorse di cui l'assicurato/a ancora dispone Non esistono elementi di pertinenza psichiatrica che li controindichino in assoluto ma non mi pare siano necessari a meno che non si protenda per una riqualifica in ambito in cui la sordità non sia così disfunzionale (attività in solitudine come controllo monitor, registrazione di dati, magazziniere) 8 Ritiene che l'assicurato sia capace di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in percentuale in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento) specificando da quando Ritengo che il soggetto sia in grado di svolgere tutte le altre attività teoricamente esigibili, compatibili con livello culturale, età, quadro fisico e attitudini personali nella stessa percentuale già detta (abile al 70/65 %) da subito, per quanto attiene gli aspetti di mia pertinenza. 9 In che percentuale l'assicurato/a può svolgere l'attività di casalinga/o (motivare la percentuale) Al 80 % poiché è uno spazio noto e familiare che riduce la quota di ansia. 8 L'ambiente di lavoro può sopportare i disturbi psichici dell'assicurato/a Sì. Ringraziando per l'attenzione prestata, resto disponibile per eventuali approfondimenti chiarimenti." (doc. AI 90/28-30) Il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche, nella perizia del 23 maggio 2011, dopo aver riassunto l'anamnesi del paziente, i dati soggettivi e quelli oggettivi, ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4. Diagnosi 4.1. Diagnosi reumatologiche con ripercussione sulla capacità lavorativa: 1. Esito da lussazione acromio-clavicolare di III° secondo Tossy a sx il 13.09.2010 con: - Trattamento conservativo. - Residui dolori al carico e notevole instabilità articolare. 2. Sindrome lombovertebrale cronico-ricidivante su: - Marcata rotoscoliosi toracolombare destroconvessa. - Spondilartrosi tra L4 ed S1. - Attualmente poco sintomatico. 3. Incipiente artrosi femoro-patellare bilat. 4.2. Diagnosi non reumatologiche con ripercussione sulla capacità lavorativa: 1. Importante ipoacusia con sordità completa a sx e subtotale a dx. 4.3. Diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa: 1. Ipertensione arteriosa trattata. 2. Ipertrofia prostatica benigna. 5. Valutazione e prognosi: (...) Clinicamente ho trovato un assicurato in buone condizioni generali, ben collaborante, apparentemente non depresso e senza particolari segni di sovraccarico funzionale. La colonna vertebrale presenta un'evidente rotoscoliosi toracolombare destroconvessa, con dei movimenti parzialmente limitati ma non particolarmente dolenti; si evoca unicamente una leggera dolenzia alla palpazione del passaggio lombosacrale. Nessun segno per una radicolopatia. La spalla sx presenta un'evidente lussazione acromio-clavicolare con notevole sporgenza del III° laterale della clavicola e con segno del tasto di pianoforte positivo; si evocano comunque solo leggeri dolori alla palpazione dell'articolazione acromio-clavicolare, non vi sono segni per un conflitto sottoacromiale. Leggeri segni di artrosi femoro-patellare alle due ginocchia. Per il resto non ho rilevato ulteriori patologie significative al sistema muscolo-scheletrico. Le radiografie della colonna lombare da me ora eseguite (a quanto pare non ne aveva più eseguite già da molti anni) hanno confermato la già descritta rotoscoliosi toracolombare con delle alterazioni spondilartrosiche soprattutto tra L4 ed S1 e con una leggera spondilosi

anteriore tra L2-L3 ed L3-L4. Le descritte patologie osteo-articolari alla spalla sx, alla colonna vertebrale ed alle ginocchia non hanno a mio parere alcuna influenza sullo svolgimento del suo lavoro di tassametrista, per il quale egli è tuttora da considerare 100% abile al lavoro, almeno sotto l'aspetto chirurgico-ortopedico. Desidero nuovamente sottolineare come egli abbia dovuto cessare l'attività principalmente a causa dei problemi uditivi. Evidentemente le descritte patologie muscolo-scheletriche potrebbero essere ad origine di una maggiore limitazione della capacità lavorativa per lavori fisicamente pesanti, nei quali si richiedano sforzi maggiori per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche) oppure lavori con un'importante sollecitazione per le spalle, in modo particolare con il sollevamento di pesi al di sopra dell'orizzontale o lavori prolungati con le braccia sollevate. Per questi lavori egli è da considerare almeno 50% inabile (ad esempio per lavori in cantiere oppure quale giardiniere o simili). Quale meccanico d'auto, professione appresa negli anni '70 ma poi praticamente mai esercitata, egli presenta al momento un'incapacità lavorativa valutabile, attorno al 30%. Per lo svolgimento di un'attività d'ufficio di tipo amministrativo egli non presenta invece alcuna limitazione della capacità lavorativa. Sotto l'aspetto ortopedico-reumatologico non vi sono patologie che potrebbero impedire provvedimenti di riqualifica professionale. A questo proposito desidero però nuovamente sottolineare l'importante ipoacusia, che evidentemente non gli permetterà di seguire dei corsi di riqualifica convenzionali. Attività a contatto con persone/clientela non entrano verosimilmente in considerazione proprio a causa dei problemi uditivi. Non è perciò pensabile che egli ricominci a lavorare neppure quale gerente di un bar o di un distributore di benzina, attività a suo tempo svolte. La prognosi valetudinaria del signor Bonacina non dipende perciò al momento dalle descritte patologie ortopedico-reumatologiche, per le quali egli potrebbe ricominciare a svolgere la sua professione di tassametrista senza particolari limitazioni. Sotto l'aspetto terapeutico ritengo che egli potrebbe trarre beneficio dallo svolgimento regolare di un corretto programma di ginnastica medica, mirato sia alle problematiche dorsali, sia ai residui disturbi alla spalla sx. In considerazione della residua instabilità dell'articolazione acromioclavicolare bisognerebbe a mio parere pure rivalutare l'opportunità di eseguire una stabilizzazione chirurgica. Queste misure non avranno però un importante influsso sulla sua capacità lavorativa. Sperando di essere stato sufficientemente esaustivo nella mia valutazione per permetterLe di prendere la corretta decisione, colgo l'occasione per porgerLe i miei più cordiali e collegiali saluti." (doc. AI 90/33-34) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 23 settembre 2011 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di " Sordità dell'orecchio di sin in stato dopo operazione radicale per colesteatoma, - ipoacusia percettiva prevalentemente ai toni bassi di tipo grave a ds.; - tinnito cronico di grado III. Uso improprio di alcolici in remissione (su programma di monitoraggio presso Ingrado).Distimia. Ansia NAS. Esito da lussazione acromioclavicolare di III° secondo Tossy a sin. il 13.9.2010 con: - trattamento conservativo, residui di dolori al carico e notevole instabilità articolare. Sindrome lombovertebrale cronica recidivante su: - marcata rotoscoliosi toracolombare destro-convessa, spondilartrosi tra L4-S1. Incipiente artrosi femoropateflare bilaterale " (doc. AI 90-16). Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa è stata invece posta quella di " Ipertensione arteriosa. Ipertrofia prostatica benigna. Stato dopo emorroidectomia. Stato da gastrite " (doc. AI 90-16) Quanto alla capacità lavorativa medico

– teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato inabile al lavoro nella misura del 100% nell'attività da ultimo svolta di tassista, mentre in un'attività lavorativa adeguata l'incapacità lavorativa è del 35% dal mese di dicembre 2010 (doc. AI 90-19/20/21). 2.11. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette

già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 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 pubblicata in DTF 137 V 210 il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie 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). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)". Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e

cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (*Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d’integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l’impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d’arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l’esperto deve esprimersi sull’aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124).

2.12. 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.

2.12.1. Per quanto riguarda la patologia ORL l’assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell’ambito della perizia SAM, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in otorinolaringoiatria, il quale nel rapporto del 22 luglio 2011, ha posto la diagnosi di “ Sordità dell’orecchio di sinistra con stato dopo operazione radicale per colesteatoma. – Ipoacusia percettiva prevalentemente ai toni bassi di tipo grave a destra. – Tinnito cronico di grado III ” (doc. AI 90-22) e ritenuto l’assicurato inabile al 100% nella precedente attività di tassista a causa della grave situazione uditiva (doc. AI 90-23). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, 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.

2.12.2. 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. _____, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche, che nella perizia del 23 maggio 2011 ha posto la diagnosi di “ 1. Esito da lussazione acromio-clavicolare di III° secondo Tossy a sin. il 13.9.2010 con: - Trattamento conservativo. - Residui dolori al carico e notevole instabilità articolare. 2. Sindrome lombovertebrale cronico-ricidivante su: - marcata rotoscoliosi toracolombare destroconvessa. - Spondilartrosi tra L4-S1. - Attualmente poco sintomatico. 3. Incipiente artrosi femoro-patellare bilaterale ” (doc. AI 90-33). A mente dello specialista le descritte patologie di natura ortopedico-reumatologica non hanno alcuna influenza nello svolgimento dell’attività di tassista. Per contro, per lavori fisicamente pesanti nei quali si richiedono sforzi maggiori per la colonna vertebrale oppure lavori con un’importante sollecitazione per le spalle l’inabilità è del 50%. Quale meccanico d’auto l’insorgente è considerato inabile al

30%, mentre in attività d'ufficio non vi sono limitazioni (doc. AI 90-34). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, 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. Il referto del 25 novembre 2011 del Dr. _____ dell' _____ non permette una diversa valutazione della fattispecie. Il medico ha escluso lesioni al ginocchio sinistro e per quanto riguarda la spalla sinistra ha anch'egli diagnosticato una lussazione acromio-clavicolare tipo Tossy III. Non viene quindi fornita alcuna indicazione relativa alla capacità lavorativa residua (doc. AI 106-3).

2.12.3. Quanto all'aspetto psichiatrico, per contro, il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti, prestare piena adesione alla valutazione peritale eseguita dalla Dr.ssa _____ per le ragioni che seguono.

2.12.3.1. 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 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.

2.13.2.2. Agli atti figurano, da un canto, le certificazioni del medico curante Dr.ssa _____ - che, in qualità di specialista, ha avuto (ed ha) in cura RI 1, nonché il rapporto peritale dello psicologo _____ - e, d'altro canto, la perizia SAM della Dr.ssa _____ e le valutazioni del SMR. Di principio, questi referti possono essere presi in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove.

In effetti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo contenuto, piuttosto che la sua provenienza. Nella perizia del 15 maggio 2011 la Dr.ssa _____, medico chirurgo – specialista in psichiatria ha posto la diagnosi di “- Uso improprio di alcolici in remissione (su programma di monitoraggio presso Ingrado) (ICD 10, F 10.9). – Distimia (ICD 10, F 34.1). – Ansia NAS (ICD 10, F 41.9)” (doc. AI 90-28). Secondo la Dr.ssa _____ dal punto di vista strettamente psichiatrico le patologie descritte possono al massimo produrre un’inabilità lavorativa del 30-35% limitatamente alla presenza di uno stato d’ansia e del disturbo distimico (doc. AI 90-29). L’inizio dell’inabilità lavorativa viene fatta risalire al mese di dicembre 2010, in quanto da quel momento l’assicurato è in cura psichiatrica dalla Dr.ssa _____ (cfr. doc. AI 90-26, 83-6). Dalla documentazione medica agli atti emerge tuttavia la valutazione psichiatrica del 1° febbraio 2011 della Dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha diagnosticato un “ Episodio depressivo di media gravità in disturbo depressivo ricorrente (F33.1 dell’ICD 10). Disturbo di personalità immatura, dipendente (F60.7 dell’ICD 10)” (doc. AI 83-9) con inabilità al lavoro completa e duratura in qualsiasi ambito professionale. La Dr.ssa _____ ha evidenziato un quadro psicopatologico destinato ad aggravarsi nel tempo con una prognosi infausta (doc. AI 83-9/10). Il medico curante ha poi ribadito tale diagnosi nel rapporto intermedio del 6 maggio 2011, indicando un’“ evoluzione distimico-depressiva cronica nell’ambito di un grave disturbo di personalità misto, narcisisticamente fragile, dipendente, passivo-autosvalutativo (F61.0 dell’ICD 10) e di un importante etilismo secondario cronicizzato ” (doc. AI 90-35) e ancora nello scritto del 30 novembre 2011 nel quale viene indicato un aumento del dosaggio di Saroten fino a 75 mg (doc. AI 103-1). La Dr.ssa _____ ha preso posizione sulla valutazione del medico curante del 1° febbraio 2011 rilevando che la Dr.ssa _____ ha diagnosticato un “ quadro depressivo di media gravità ” limitandosi però a somministrare 50 mg di Saroten “ che non sembra essere la terapia d’attacco che ci aspetteremmo per una depressione di media gravità ” (doc. AI 90-26). La perita ha quindi criticato l’assenza di un “ modulatore per ridurre il rischio di ricadute ” e riscontrato un paziente “ poco-affatto differenziato, molto semplice e concreto ” piuttosto che immaturo come indicato dalla Dr.ssa _____ (doc. AI 90-26). Per quanto riguarda la capacità lavorativa residua la perita concorda con l’inabilità completa quale tassista “ ma non per fatti attinenti il versante psichiatrico ” vista la limitata terapia in corso e l’assenza di ricoveri in ambiente psichiatrico (doc. AI 90-27). Nel rapporto medico del 3 ottobre 2011 e nelle annotazioni del 14 dicembre 2011 i medici del SMR hanno confermato le conclusioni della perizia SAM (doc. AI 92-1, 108-1).

2.13.2.3. Chiamato a pronunciarsi, il TCA, in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 sopra esposta (cfr. consid. 2.13.2.1.), ritiene che, nel caso di specie - alla luce dell’importante divergenza di diagnosi e di valutazione della capacità lavorativa residua tra la perita e il medico curante - vada ulteriormente approfondito l’aspetto psichiatrico. Va peraltro rilevato che la Dr.ssa _____ nella perizia del 15 maggio 2011 ha fatto riferimento unicamente al dosaggio di 50mg di Saroten Retard, mentre nel rapporto successivo del novembre 2011 della Dr.ssa _____ il dosaggio è differente (75 mg il 30 novembre 2011, doc. AI 103-1). Considerando l’aumento di dosaggio a novembre 2011 e la prognosi negativa del medico curante non è da escludere quindi un peggioramento della patologia. La perita non è tuttavia più stata interpellata a tal proposito. La Dr.ssa _____ inoltre ha diagnosticato un’“ importante etilismo secondario cronicizzato ” (doc. AI 90-35) che non viene approfondito nella perizia della

Dr.ssa _____, la quale ha incluso “ l’uso improprio di alcolici in remissione (su programma di monitoraggio presso Ingrado) (ICD 10, F 10,9) ” tra le patologie con ripercussioni sulla capacità lavorativa, ma poi fa riferimento unicamente alla presenza di ansia e disturbo distimico alla base dell’inabilità lavorativa del 30-35% (doc. AI 90-29). In tale contesto va ricordato che il Tribunale federale - a proposito del principio sopra esposto secondo cui alle certificazioni del medico curante, anche se specialista, va riconosciuto un valore di prova limitato in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente - ha già avuto modo di sottolineare che non va tuttavia dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest’ultimo ha l’occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C_468/2009 del 9 settembre 2009; D. Cattaneo, in “ Les expertises en droit des assurances sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa circostanza assume, nel caso di specie, un’importanza decisiva. Va infine rilevato che in sede ricorsuale l’insorgente ha prodotto la perizia del 27 settembre 2011 dello psicologo della circolazione e psicoterapeuta _____, che rileva l’impossibilità di riabilitare l’assicurato non solo alla guida professionale, ma solleva perplessità anche per quanto riguarda la guida senza elevata professionalità (cfr. doc. AI 90-20). Anche in questo caso la valutazione dello psicologo non è stata trasmessa alla perita Dr.ssa _____ per una presa di posizione, in particolare per quanto riguarda la problematica dell’abuso di alcolici. Agli atti vi è unicamente l’annotazione del 20 aprile 2012 della Dr.ssa _____ e del Dr. _____ che tuttavia non si esprimono sulle conclusioni della perizia dello psicologo della circolazione (doc. IV bis) 2.14. Nella già citata sentenza 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.13.) 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 sottoporre tutti i referti della Dr.ssa _____ alla perita Dr.ssa _____ per una nuova valutazione volta a chiarire le divergenze diagnostiche e relative alla capacità lavorativa residua di RI 1. Il perito dovrà inoltre prendere posizione sulla perizia dello psicologo _____ e sulle conseguenze dell'abuso etilico sulla capacità lavorativa. 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 da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili. 2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009;

STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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