

TI_GERICHTE 32.2014.94 vom 16. Juni 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-06-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.94

FR: TI_GERICHTE 32.2014.94 du 16 juin 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.94 del 16 giugno 2014

Regeste

Richiesta di una rendita AI. Rinvio degli atti all'amministrazione per un aggiornamento della valutazione medica

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a

un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003, consid. 4.2, I 475/01). 2.2. Nel caso di specie l'assicurato è stato sottoposto ad una perizia pluridisciplinare (psichiatrica: dr.ssa med. _____; neurologica: dr. med. _____; reumatologica: dr. med. _____; pneumologica: dr. med. _____; oftalmologica: dr.ssa med. _____) del SAM redatta il 26 ottobre 2011 (doc. AI 20-1). I periti, dopo aver descritto gli atti, l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, le affezioni attuali, l'anamnesi sistemica e le costatazioni obiettive, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di probabile spondiloartropatia indifferenziata con/su artralgie intermittenti, particolarmente a livello delle anche, dei polsi e di alcune articolazioni metacarpofalangee, lombalgie, stato dopo sinovite MCP II e III mano destra, anerosiva (radiografia delle mani, gennaio 2011), assenza di manifestazioni extrasinoviali (nessuna evidenza per psoriasi o malattie infiammatorie croniche dell'intestino), ANA, fattore reumatoide e anticorpi anti-CCP negativi, parametri infiammatori sempre nella norma, terapia di base con Salazoprina da maggio 2010 e Methotrexate da novembre 2010 con parziale beneficio, attualmente assenza di sinoviti o tenosinoviti, emicrania senz'aura, tosse cronica di origine multifattoriale con/su lieve equivalente asmatico, probabile malattia da reflusso gastroesofageo, ambliopia exanisometropia occhio sinistro. Gli specialisti hanno inoltre posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di sospetta nevralgia atipica del nervo grande occipitale sinistro, stato dopo escissione di probabile pterigio occhio destro (febbraio 2011), astigmatismo miopico occhio sinistro, presbiopia, obesità corporea (BMI 30%). Circa la capacità lavorativa nell'attività svolta in Svizzera dal 1999 al 2005 di operaio non qualificato e aiuto giardiniere i periti hanno stabilito un grado del 20% dal 1° dicembre 2010 (importanti limitazioni funzionali e di carico, nonché periodi di assenza dal lavoro a causa di cefalee intense; doc AI 20-23). Per quanto concerne le attività leggere e confacenti al suo stato di salute, i periti hanno affermato: " (...) In considerazione anche degli aspetti psicologici descritti, riteniamo possibile sottoporre l'A. a provvedimenti di integrazione professionale, tenendo però conto anche dei possibili miglioramenti del suo stato di salute, specialmente dal lato reumatologico. Misure professionali sarebbero utili al fine di sostenere e favorire un reinserimento stabile dell'A. nel mondo del lavoro, permettendogli anche di recuperare una propria identità e ruolo sociale, così da uscire dall'isolamento e garantire una migliore qualità di vita. Come riferito al capitolo 8, riteniamo possibile migliorare la capacità lavorativa dell'A. tramite il trattamento farmacologico di base dell'affezione reumatologica, la profilassi delle cefalee emicraniche, nonché il miglioramento dell'aderenza terapeutica in ambito pneumologico, come descritto al capitolo 6. Per questo motivo i nostri consulenti ritengono indicata una rivalutazione del caso tra ca. un anno. Per le sole ragioni mediche possiamo affermare che al momento attuale l'A. sia in grado di svolgere anche altre attività meglio adatte al suo stato di salute (vale a dire lavori fisicamente leggeri, che evitino il salire e scendere regolarmente scale e scale a pioli, evitino lunghi spostamenti a piedi o spostamenti su tragitti relativamente brevi ma con ripetizione molto frequente, evitino movimenti ripetitivi o di forza, soprattutto se richiesti regolarmente nel corso della giornata a livello di mani e polsi, evitino l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie), nella misura del 70% (orario di lavoro normale, con

ridotto rendimento e possibili assenze puntuali con esacerbazioni acute dell'emicrania), a decorrere dal 1.12.2000, come discusso al capitolo 8." (doc. AI 20-25) Il 3 novembre 2011 il medico SMR, dr.ssa med. _____, ha confermato le valutazioni peritali (doc. AI 21-1). Dopo un colloquio avvenuto presso l'UAI in data 18 gennaio 2012 (doc. AI 26-1), è stato deciso un accertamento professionale presso il _____ di _____, il quale è tuttavia iniziato e terminato il medesimo giorno (14 febbraio 2012), perché l'insorgente è stato ritenuto inidoneo per motivi di salute (tosse incoercibile che ha disturbato l'intero gruppo di accertamento; cfr. doc. AI 29-1). Dal 19 giugno 2012 al 5 marzo 2013 l'UAI ed il medico SMR, dr. med. _____, hanno chiesto ulteriori aggiornamenti in ambito medico (doc. AI 30-1; doc. AI 33-1; doc. AI 42-3). Il 5 aprile 2013 il dr. med. _____, psichiatra _____ di _____, ha informato l'UAI di aver visitato l'insorgente, segnalando che l'interessato è in terapia (doc. AI 45-1). Il 16 aprile 2013 il medico SMR, dr. med. _____, ha allestito il rapporto finale, confermando l'inabilità lavorativa del 30% dal 2 dicembre 2010 in attività leggere e confacenti allo stato di salute del ricorrente (doc. AI 46-1). Il medico ha riassunto la documentazione successiva alla perizia del SAM, rilevando che: " (...) Rapporto Dr. _____ del 28 giugno 2012: stato di salute leggermente migliorato rispetto alla fine del 2011, persistono dolori soprattutto al carico. Prognosi incerta. Rapporto Dr. _____ dell'11 ottobre 2012: situazione stabile rispetto al giugno 2012. Rapporto di degenza presso il _____ dell' _____ dall'8 al 10 gennaio 2013: abile al lavoro dal punto di vista neurologico. Rapporto Dr. _____, reparto di _____, del 21 gennaio 2013: asma bronchiale = senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Rapporto Dr. _____ dell'11 marzo 2013 (periodo di cura: gennaio-marzo 2010): Tosse irritativa e dispnea cl. II, migliorate sotto terapia inalatoria (marzo 2010). (...) Senza ripercussioni sulla capacità lavorativa." (doc. AI 46-4) Il 6 agosto 2013 il dr. med. _____, dopo aver ricevuto un aggiornamento da parte del dr. med. _____, ha riconfermato la sua valutazione (doc. AI 54-1), mentre il 15 ottobre 2013, dopo essere stato interpellato da una funzionaria dell'UAI circa le difficoltà dell'interessato a presenziare ad un colloquio di accertamento, ha risposto alle domande postegli, affermando: " (...) Consulto pneumologico Dr. _____ del 18 luglio 2011 nell'ambito della perizia pluridisciplinare SAM. Diagnosi: Tosse di origine multifattoriale probabile forma di lieve asma (esame funzionale non valutabile) componente nasale componente di malattia da reflusso gastro-esofageo Il consulente sottolinea com'è difficile un trattamento adeguato. Egli propone che l'assicurato sarebbe rimesso in terapia adeguata ad alto dosaggio con broncodilatatori e corticosteroidi topici, eventualmente con una terapia corticosteroidica sistematica per breve periodo oltre che una con inibitori della pompa a protoni ad alto dosaggio; pure la terapia per la componente nasale andrebbe rivista. L'inabilità lavorativa è quantificata con il 20% per l'ultima attività svolta di aiuto giardiniere. Si prevedeva la cronicizzazione dell'affezione con cattiva prognosi a medio-lungo termine. Si proponeva persino una breve cura stazionaria per valutare le diverse terapie e l'aderenza terapeutica. La tosse, assieme all'emicrania ha reso improponibile un accertamento professionale. Il rapporto del Dr. _____ dell'11 marzo 2013 non contribuisce ulteriori informazioni. Diagnosi di asma bronchiale latente con attivazione parainfettiva nel gennaio 2010. Si ritiene indicata una terapia regolare. La situazione attuale lascia spazio al sospetto di scarsa aderenza alla terapia, la quale sarebbe in grado di contenere la sintomatologia. Componente emotiva: alla perizia pluridisciplinare non fu posta alcuna diagnosi psichiatrica (dr.ssa _____, 20 luglio 2011)." (doc. AI 56-1) Il 19 dicembre 2013 il dr. med. _____ e la dr.ssa med. _____, del

_____ di _____, hanno scritto all'UAI, affermando: " (...) L'assicurato è in cura psichiatrica presso il _____ dal gennaio 2013, prima dalla dr.ssa _____, quindi dal dr. _____, su segnalazione del _____, dove è seguito dal prof. _____ per una problematica di emicrania cronica farmaco resistente. Dagli approfondimenti anamnestici e clinici psicopatologici, sul piano psichiatrico è emerso un chiaro quadro di disturbo post traumatico da stress (ICD-10 F43.1), del quale l'elemento traumatico scatenante è costituito dalle ripetute carcerazioni, con torture, subite nel paese d'origine sin dall'adolescenza. _____. Tale disturbo ha avuto un'evoluzione cronica nel paziente, sia per la gravità e ripetizione dei traumi che per la diagnosi tardiva. A tutt'oggi egli presenta un costante stato di allarme, invalidanti disturbi del sonno con flash back dei vissuti durante le torture, risvegli improvvisi con senso di intorpidimento di fondo ed astenia durante la giornata. Vive in uno stato di allarme costante, questo ha comportato un disinvestimento generale verso la vita ed idee di morte passive. Solo dal gennaio 2013 segue una terapia psichiatrica regolare, dove ho osservato una resistenza rispetto alla terapia antidepressiva (amitriptilina fino a 100 mg) e antipsicotica (quetiapina 100mg, non tollerata a dosaggi superiori per eccessiva sedazione postuma). Presenta solo una parziale risposta sintomatologica sui sintomi di allarme più devastanti al clonazepam, che assume da 2 mesi circa. Prevedo altri tentativi terapeutici integrati psicofarmacologici (risperidone ed SSRI) e psicoterapeutici, ma non mi aspetto significative risposte in tempi medio-brevi, anche a causa delle concomitanti patologie somatiche (per le quali rimando al dr. _____ e prof. _____), oltre che per il contesto di isolamento sociale, nel quale egli si è venuto a trovare progressivamente negli anni. Nel presente egli è inabile al lavoro al 100% a causa della malattia psichica, almeno dal gennaio 2013." (doc. AI 57-2) Il 12 febbraio 2014 l'interessato ha avuto un ulteriore colloquio con l'UAI (doc. AI 60) Il 2 aprile 2014 l'insorgente, dopo una nuova valutazione della fattispecie del medico SMR, dr. med. _____ (doc. AI 62-1), è stato visitato dal medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Lo specialista, che ha rilevato l'assenza di una patologia psichiatrica maggiore, ha rilevato la presenza di artrite, asma ed emicrania, nonché di tosse secca e stizzosa, per cui il caso deve essere risottoposto ad un medico SMR non psichiatra (cfr. doc. AI 66-1). Il dr. med. _____ ha rilevato: " (...) Valutazione/conclusione : La valutazione odierna non differisce da quanto osservato dalla dr.ssa _____ nel 2011 in sede di perizia SAM. In particolare, l'assicurato si è dichiarato fiducioso per il futuro, più tranquillo _____. Tuttavia, si sente nell'impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa dell'artrosi alle mani e degli attacchi di emicrania che lo avrebbero colpito ben 7 volte durante il mese di marzo di quest'anno. L'assicurato si è spontaneamente riferito durante il colloquio all'artrosi, all'asma, all'emicrania come suoi disturbi di salute. Egli era comunque consapevole che il colloquio odierno era di natura psichiatrica: infatti ha portato con sé le scatole dei medicinali di interesse psichiatrico, cioè Cymbalta e Rivotril, non altri, che mi ha, in seguito, citato dopo esplicita richiesta: si tratterebbe di Maxalt per l'emicrania, Dafalgan, Tilur per i dolori, Metotrexate e Salazopirine per problemi osteoarticolari. Ho affrontato più volte, con domande semplici, che l'assicurato ha dimostrato di avere compreso, tutti i segni e sintomi tipici di un disturbo post-traumatico da stress: l'assicurato ha risposto che gli incubi comparirebbero associati alle crisi di emicrania, non ne ricorderebbe il contenuto al risveglio e non sarebbero comunque riferibili alla carcerazione subita in _____. Di quel periodo, comprese le esecuzioni capitali dei fratelli, di cui una avvenuta dopo 15 anni di carcerazione, egli ha affermato in modo chiaro che "è tutto finito" e che si sente distaccato da quel periodo della

sua vita. Non ho, pertanto, elementi per giustificare una diagnosi di disturbo post-traumatico da stress secondo ICD-10. Al colloquio odierno, non posso fare altro che confermare l'osservazione della dr.ssa _____. Non ho elementi per giustificare una comorbidità con disturbi psichiatrici in associazione alle patologie somatiche presenti presso l'A. Persiste la sintomatologia algica nonostante le terapie, è presente un diminuito senso dell'autonomia, difficoltà a trovare un appartamento adeguato; tutto questo determina una condizione di vita sfavorevole e di disagio emotivo, con sentimenti di apprensione e d'inadeguatezza, aumentato senso di vulnerabilità, solitudine, preoccupazione ma minore incertezza riguardo al futuro, senza sfociare in una vera e propria condizione ansiosa o depressiva significativa a livello diagnostico né di disturbo post-traumatico da stress come enunciato dal dr. _____. E' possibile che la presa a carico specialistica e l'assunzione regolare dei medicinali abbiano contribuito a un miglioramento significativo in pochi mesi, senza rappresentare pertanto causa di limitazioni funzionali. Come la dr.ssa _____, non evidenzio dunque elementi clinici significativi per un disturbo a carattere invalidante inquadrabile nell'ambito di un disturbo dell'umore, d'ansia o di personalità secondo i criteri nosografici dell'ICD-10 o DSM-IV. Le difficoltà riscontrate da parte dell'A. appaiono anche oggi essenzialmente legate a problemi fisici, con un miglioramento di prospettiva _____. Inoltre, è assente isolamento sociale. In conclusione dal lato esclusivamente psichico, l'A. è abile in misura completa per qualsiasi attività compatibile con le proprie capacità professionali e medicalmente adeguata alle varie patologie somatiche di cui egli risulta affetto." (doc. AI 66) Il 6 maggio 2014 il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver riesaminato il caso ha stilato il rapporto finale, ribadendo la presenza di un'incapacità lavorativa del 30% dal 2 dicembre 2010 in attività leggere e confacenti allo stato di salute dell'insorgente (doc. AI 67). In sede di osservazioni al progetto di decisione l'assicurato ha prodotto un referto del dr. med. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale ha affermato che il ricorrente: "(...) lamenta recidivanti problematiche osteo-articolari sia al livello assiale che periferico in particolare alle coxo-femorali per cui con regolarità il paziente rimane bloccato e deve sottomettersi a cure farmacologiche con iniezioni di antinfiammatori e/o derivati cortisonici. Inoltre lamenta un'emicrania cronica in cura presso il _____ di _____. Le 2 problematiche rendono il paziente inabile anche in attività lavorative leggere e rispettose dei limiti funzionali in misura del 50%. Inoltre il paziente non può eseguire attività lavorative pesanti. Deve evitare di portare pesi superiori a 5 kg in maniera ripetuta, di svolgere mansioni in cui debba rimanere in piedi per più di 10 minuti, seduto fermo per più di 10 minuti, salire o scendere le scale, camminare su terreni accidentati. Anche in attività rispettose di tali patologie comunque visto le problematiche di spondartropatia sieronegativa e di emicrania cronica non può eseguire un'attività lavorativa in maniera superiore al 50%." (doc. AI 70-2) Il medico SMR, dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, il 20 maggio 2014 ha affermato che: "(...) Il rapporto del Dr. _____ del 3 giugno 2013 non conteneva nuovi elementi rispetto alla perizia pluridisciplinare dal 26 ottobre 2011. Anche il nuovo rapporto non contribuisce nuovi aspetti oggettivi. Già il consulente SAM Dr. _____ teneva conto della riduzione della capacità lavorativa anche per un'attività rispettosa dei limiti funzionali, sia per la sintomatologia dolorosa di fondo particolarmente alle anche dai piedi, sia per l'esacerbazione periodica (circa tre volte all'anno). Si conferma il grado 'inabilità lavorativa.'" (doc. AI 72-1) Il 23 maggio 2014 il dr. med. _____ del _____ di _____ ha scritto all'UAI, affermando: "(...) insieme all'assicurato in oggetto prendo

visione della vostra lettera del 7 maggio 2014 e mi unisco al dr. med. _____ e all'assicurato stesso che ha inoltrato ricorso al progetto di decisione. La mia motivazione è stata espressa nella di presentazione inviata il 19.12.2013 e sottolineo quanto le condizioni siano tuttora stazionarie nonostante un nuovo tentativo farmacologico con duloxetina 60 mg. L'assicurato continua a presentare una IL 100% a causa della cronicizzata patologia psichiatrica che si sta complicando con lo sviluppo di un quadro depressivo persistente (cod. ICD-10 F34.8), anche con il concomitante aggravamento dei sintomi dell'atropatia." (doc. AI 74-1) Il 7 agosto 2014 gli specialisti del _____ della _____, dopo aver visitato, il 22 luglio 2014, il ricorrente, hanno stabilito, circa la capacità lavorativa: " abile dal punto di vista neurologico, con riserva in caso di attacchi emicranici " (doc. VI/Bis). 2.3. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 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 TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e

riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad

esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). 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). 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).

2.4. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione, attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, non può confermare l'operato dell'UAI, in quanto le patologie pneumologiche, neurologiche e psichiatriche non sono state sufficientemente chiarite. Nel consulto del 18 luglio 2011 il dr. med. _____, specialista FMH in malattie polmonari, _____, pur affermando, circa la capacità lavorativa dell'interessato in attività leggere, che “ dal punto di vista medico teorico pneumologico sussiste una limitazione per lavori con esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie e per lavori fisici pesanti e medio pesanti, per lavori di qualsiasi genere con una limitazione massima del 20% ” (doc. AI 20-30), aveva pure rilevato che “ dal punto di vista valetudinario malgrado il paziente non presenti un'affezione respiratoria maggiore che possa giustificare un'incapacità lavorativa, in particolare la presenza di una forma di equivalente asmatico non è tale da giustificare un'incapacità lavorativa persistente, attualmente l'assicurato può essere considerato per lo meno temporaneamente inabile al lavoro pure dal punto di vista respiratorio in quanto la tosse appare incoercibile e controllata e impedisce un'attività adeguata. In via puramente teorica il caso perciò non può considerarsi chiuso ma andrebbe rivisto dopo un periodo adeguatamente sufficiente di prove terapeutiche come sopraccitato ” (doc. AI 20-29, sottolineatura del redattore). Egli aveva poi concluso, affermando che “ tenuto conto del contesto si può tuttavia ipotizzare per lo meno una parziale incapacità lavorativa persistente massima del 20% anche dal punto di vista medico teorico pneumologico nella sua precedente attività di aiuto giardiniere in quanto una tosse incoercibile e persistente ribelle alla terapia lo renderebbe per lo meno inadatto per un lavoro continuo e costante eventualmente anche a contatto con altre persone ” (doc. AI 20-29). Nella perizia viene inoltre precisato che “ sul piano terapeutico questi

disturbi non sempre possono essere adeguatamente trattati, da un lato per problemi di aderenza terapeutica, dall'altro poiché sovente la difficile comprensione di disturbi persistenti e di possibili due o tre concause di tale affezione rendono difficile anche in persone autoctone, che parlano la stessa lingua dei medici, la comprensione tale da ottenere buoni risultati ” e che il consulente “ ritiene pertanto che dal lato terapeutico la situazione attuale non appaia così favorevole ” e che l'insorgente “ andrebbe rimesso in terapia adeguata ad alto dosaggio con broncodilatatori e corticosteroidi topici, eventualmente con una terapia corticosteroide sistemica per breve periodo, oltre che con inibitori della pompa ad alto dosaggio ” (doc. AI 20-22). Malgrado le affermazioni del pneumologo Dr. med. _____, la patologia non è più stata adeguatamente indagata, neppure in seguito alle ulteriori emergenze istruttorie. In occasione di un incontro presso l'UAI tenutosi il 18 gennaio 2012 la consulente aveva rilevato che “ durante tutto il colloquio l'assicurato ha manifestato una tosse persistente, già rilevata nel rapporto SMR, che in più occasioni ha richiesto l'interruzione del colloquio. Tosse che l'assicurato asserisce sia presente durante tutto l'arco della giornata, e che non si arresta neppure con l'utilizzo dei farmaci” (doc. AI 26-1). Il 14 febbraio 2012, nell'ambito dell'accertamento professionale a _____, che ha dovuto essere interrotto il giorno medesimo per motivi di salute, il medico _____, dr. med. _____, ha affermato che “ spicca un'importante tosse stizzosa che si accentua fino a raggiungere il conato di vomito ” e che i presupposti per svolgere il periodo di accertamento non sono dati in particolare a causa della “ forte emicrania e all'importante tosse cronica stizzosa incoercibile ” (doc. AI 27-3). Il medico SMR, dr. ssa med. _____, il 1° marzo 2012, preso atto di quanto sopra e meglio della circostanza che la tosse incoercibile avrebbe “ disturbato l'intero gruppo di accertamento ”, e che già nel rapporto SMR, come pure nella perizia, veniva segnalata questa difficoltà, ha ritenuto opportuno che l'assicurato si sottoponesse alle cure adeguate e che la compliance fosse verificata prima di iniziare l'accertamento previsto “ tenendo comunque conto delle difficoltà pneumologiche che non saranno risolte integralmente nemmeno con la terapia ” (doc. AI 29-1). A comprova che la questione andava ulteriormente indagata, vi è la circostanza che il medico SMR, dr. med. _____, ha più volte chiesto, ai funzionari dell'UAI, di poter avere a disposizione degli aggiornamenti della patologia polmonare. Il 29 agosto 2012 il medico ha ribadito che gli accertamenti presso _____ sono stati interrotti per tosse incoercibile, motivo per cui si proponeva di instaurare una cura adeguata e di verificarne il successo prima di avviare l'accertamento previsto e che “ non è noto presso chi e con quali misure è trattata l'affezione polmonare caratterizzata da tosse ” ed ha chiesto un aggiornamento (doc. AI 33-1). Il 3 gennaio 2013 il medesimo SMR ha rilevato di aver ottenuto solo un rapporto del dr. med. _____, che tuttavia non si occupa della patologia pneumologica ed ha nuovamente chiesto di “ aggiornare la documentazione ”, rilevato che la malattia è curata dal dr. med. _____ o dal dr. med. _____ (doc. AI 37-1). Il 5 marzo 2013, dopo aver ricevuto vari certificati dal _____ di _____, che si occupa tuttavia della patologia neurologica, il dr. med. _____ ha nuovamente domandato di poter ottenere un aggiornamento dal pneumologo, dr. med. _____ (doc. AI 42-3), il quale, in data 11 marzo 2013, ha tuttavia evidenziato di aver avuto in cura l'interessato solo dal 12 gennaio 2010 al 2 marzo 2010 (doc. AI 43-1). Il 16 aprile 2013 il dr. med. _____, ritenuto sufficiente il rapporto del dr. med. _____, ha poi allestito il rapporto finale (doc. AI 46). Tuttavia a comprova che la questione in realtà non era stata sufficientemente indagata, il 3 ottobre 2013 una funzionaria dell'UAI ha chiesto al medico SMR: “ considerate le cause alla base della tosse, è possibile

che essa sia tale da compromettere lo svolgimento di un'attività lavorativa?" e " nel caso in cui questo sintomo determini un impedimento, esistono delle terapie che possano ridurne gli effetti invalidanti?" (doc. AI 55-1). Il 15 ottobre 2013 il dr. med. _____ ha risposto, senza tuttavia essere esaustivo. Il SMR ha in sostanza riportato quanto affermato dal dr. med. _____ nel consulto del 18 luglio 2011: "(...) Il consulente sottolinea com'è difficile un trattamento adeguato. Egli propone che l'assicurato sarebbe rimesso in terapia adeguata ad alto dosaggio con broncodilatatori e corticosteroidi topici, eventualmente con una terapia corticosteroidea sistematica per breve periodo oltre che una con inibitori della pompa a protoni ad alto dosaggio; pure la terapia per la componente nasale andrebbe rivista. L'inabilità lavorativa è quantificata con il 20% per l'ultima attività svolta di aiuto giardiniere. Si prevedeva la cronicizzazione dell'affezione con cattiva prognosi a medio-lungo termine. Si proponeva persino una breve cura stazionaria per valutare le diverse terapie e l'aderenza terapeutica. La tosse, assieme all'emicrania ha reso improponibile un accertamento professionale. Il rapporto del Dr. _____ dell'11 marzo 2013 non contribuisce ulteriori informazioni. Diagnosi di asma bronchiale latente con attivazione parainfettiva nel gennaio 2010 . Si ritiene indicata una terapia regolare. La situazione attuale lascia spazio al sospetto di scarsa aderenza alla terapia, la quale sarebbe in grado di contenere la sintomatologia. Componente emotiva: alla perizia pluridisciplinare non fu posta alcuna diagnosi psichiatrica (dr.ssa _____, 20 luglio 2011)." (doc. AI 56-1, sottolineatura del redattore) Ora, alla luce delle affermazioni del dr. med. _____ che, il 18 luglio 2011 (doc. AI 20-30), da una parte afferma che " non sussistono elementi per giustificare un'incapacità lavorativa per persistente rispettivamente un grado medico teorico di invalidità per quanto riguarda le affezioni respiratorie. Tuttavia tenuto conto della tosse cronica attualmente non controllata è ipotizzabile per lo meno temporaneamente un'incapacità lavorativa del 20% nella precedente attività di aiuto giardiniere ", ma che d'altra parte afferma che " tenuto conto del difficile contesto terapeutico e sociale è ipotizzabile una cronicizzazione dell'affezione con cattiva prognosi a medio lungo termine " (cfr. anche doc. AI 20-29: " [...] Dal lato terapeutico è ben noto che questi disturbi non sempre possono essere adeguatamente trattati. Da un lato sussistono problemi di aderenza terapeutica rispettivamente di compliance con un trattamento non sempre eseguito in maniera continua, corretta e con il dosaggio adeguato. Dall'altro canto spesso la difficile comprensione di disturbi persistenti e di possibili due o tre concause di tale affezione rendono difficile anche in persone autoctone che parlano la stessa lingua dei medici, la comprensione tale da ottenere buoni risultati. Dal lato terapeutico perciò la situazione attuale non appare così favorevole. [...] Dal punto di vista valetudinario malgrado il paziente non presenti un'affezione respiratoria maggiore che possa giustificare un'incapacità lavorativa, in particolare la presenza di una forma di equivalente asmatico non è tale da giustificare un'incapacità lavorativa persistente, attualmente l'assicurato può essere considerato per lo meno temporaneamente inabile al lavoro pure dal punto di vista respiratorio in quanto la tosse appare incoercibile e controllata e impedisce un'attività adeguata. In via puramente teorica il caso perciò non può considerarsi chiuso ma andrebbe rivisto dopo un periodo di adeguamento sufficiente di prove terapeutiche come sopraccitato), della persistenza della tosse rilevata anche dai funzionari AI (doc. AI 26-1 del 18 gennaio 2012: "[...] l'assicurato ha manifestato una tosse persistente, già rilevata nel rapporto AI [...] "; doc. AI 27-3 del 14 febbraio 2012: "[...] spicca un'importante tosse stizzosa che si accentua fino a raggiungere il conato di vomito" [...] "; doc. AI 50-3 del 21 maggio 2013: " Si è incontrato l'A. in data odierna. Durante l'intero colloquio (durato ca. 40 minuti) l'A.

continua a tossire (fortemente) e bisogna interromperlo più volte [...]”; “[...] Inoltre la tosse che presenta gli crea grossi problemi. Effettivamente questa situazione si è potuta appurare durante l’incontro odierno. Più volte si è dovuto interrompere il colloquio a causa della forte tosse [...]”], della necessità più volte espressa dal medico SMR di avere un aggiornamento della patologia pneumologica (doc. AI 33-1 del 24 agosto 2012: “[...] non è noto se, presso chi e con quali misure è trattata l’affezione polmonare caratterizzata da tosse. Propongo di aggiornare la documentazione con queste informazioni ed un relativo rapporto medico [...]”; doc. AI 37-1 del 3 gennaio 2013: “[...] In conclusione non è ancora noto con quali misure è trattata l’affezione polmonare caratterizzata da tosse. Propongo prima di aggiornare la documentazione con queste informazioni e relativo rapporto medico [...]”; doc. AI 42-3 del 5 marzo 2013 “[...] come già menzionato ripetutamente (vedi annotazioni del 24 agosto 2012 e del 3 gennaio 2013) occorre finalmente un rapporto del pneumologo (dr. _____)”), dalla circostanza che il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e in malattie polmonari, chiamato ad attestare l’evoluzione dello stato di salute, ha visto il paziente solo nel 2010 (doc. AI 43), dalle corrette domande poste da una funzionaria dell’UAI (doc. AI 55-1: “[...] Dal rapporto _____ del 28.2.2012 e dal rapporto _____ del 21.5.2013 emerge una situazione per cui l’assicurato presenta grosse difficoltà sia a presenziare ad un colloquio che ad un accertamento (...) considerate le cause alla base della tosse, è possibile che essa sia tale da compromettere lo svolgimento di un’attività lavorativa?” e “ nel caso in cui questo sintomo determini un impedimento, esistono delle terapie che possano ridurre gli effetti invalidanti?”), delle risposte non del tutto esaustive del medico SMR del 15 ottobre 2013 (doc. AI 56-1 sopra citato) e delle annotazioni del dr. med. _____ che, dopo la visita psichiatrica del 2 aprile 2014 (doc. AI 66-1), in occasione della quale ha anch’egli potuto rilevare la presenza di una “ tosse secca continua ” (doc. AI 66-4), ha affermato che l’assicurato ha “ presentato una tosse secca e stizzosa per l’intera durata del colloquio ” (doc. AI 66-1), questo TCA non può concludere con la necessaria tranquillità che l’amministrazione ha proceduto ad un esame completo dello stato valetudinario del ricorrente in ambito pneumologico. A questo proposito va rammentato che in una sentenza 9C_1061/2010 del 7 luglio 2011, al consid. 8.3 il TF ha affermato: “ (...) 8.3 Al riguardo si rileva che malgrado una situazione di salute particolarmente complessa l’UAI ha fondato la propria decisione su atti medici insufficienti. Dalla documentazione risulta infatti che V. _____ non soffre soltanto di una malattia autoimmune (pemfigo volgare) e di una depressione medio-grave (la quale, secondo la perizia psichiatrica fatta esperire dall’amministrazione causa un’incapacità lavorativa del 50%), bensì anche di numerose patologie di natura reumatologica (quali osteopenia, disturbi alla schiena consistenti in listesis L5-S1, con spostamento posteriore del fulcro ed una rettitudine esagerata del passaggio dorso/lombare, periartrite scapolomeroale alle spalle, osteoartrosi primaria delle mani con noduli di Heberden e Bouchard, rizzartrosi bilaterale stadio III-IV, iniziale tunnel carpale bilaterale, sindrome fibromialgica), che sono però state valutate a livello amministrativo dal "solo" dottor P. _____, medico del Servizio X. _____ specializzato in medicina interna. A fronte di ciò, il dott. K. _____, curante della ricorrente e specialista FMH in medicina interna e malattie reumatiche, ha tra l’altro evidenziato uno stato dopo morbo di Scheuermann come pure la presenza di avanzate alterazioni degenerative a livello C5-C6 e C6-C7 con spondilosi anteriore pure a livello C4-C5 che avrebbero (almeno parzialmente) spiegato i dolori cronici dorsali dell’assicurata ma per contro non sembrano essere stati presi (almeno in questa misura e chiarezza) in considerazione dal Servizio X. _____. A ciò si aggiunge l’accertamento, nel luglio 2010,

di una protrusione erniaria mediana su L5-S1 che, benché successivo alla data della decisione di riconsiderazione del

E. 30

marzo 2010, contribuisce a fare dubitare ulteriormente della completezza e attendibilità della valutazione dell'UAI in merito all'aspetto ortopedico e reumatologico. Non potendosi in particolare escludere con la necessaria tranquillità un peggioramento di questo status nel periodo che ha preceduto l'emanazione della decisione del 30 marzo 2010, si impone il rinvio degli atti all'amministrazione perché proceda a un complemento istruttorio e renda un nuovo provvedimento. In questo senso, il ricorso è (parzialmente) accolto.” Va ancora rilevato che con sentenza 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 il TF ha stabilito che non solo il principio della cumulabilità (parziale) dei gradi di inabilità in quanto tale, ma anche la questione della sua misura sono di ordine squisitamente medico e che il Tribunale non può prescindere dalla raccolta di queste informazioni specialistiche. Il TCA non può sostituirsi ai medici in questo esercizio esulante dal suo campo di competenze. Analogamente, nel caso di specie, questo Tribunale, in assenza di una valutazione pneumologica di uno specialista successiva alla perizia del SAM del 16 maggio 2011, dove il dr. med.

_____ aveva evidenziato sia la difficoltà di una presa a carico terapeutica, sia la necessità di rivedere il caso dopo un periodo adeguatamente sufficiente di prove terapeutiche ed aveva precisato che “ tenuto conto del difficile contesto terapeutico e sociale è ipotizzabile una cronicizzazione dell’affezione con cattiva prognosi a medio lungo termine ” (doc. AI 20-30), non può stabilire direttamente la capacità lavorativa del ricorrente. Pur apparendo che la patologia pneumologica non dovrebbe avere un’influenza sulla capacità lavorativa maggiore di quella attestata dal dr. med. _____ tale da permettere all’interessato di raggiungere un grado d’inabilità pensionabile, spetta ai medici, e non al Tribunale, dopo un accurato esame della patologia e tenuto conto dell’obbligo per il ricorrente di mettere in atto tutto quanto possibile per attenuare il danno alla salute, sottoponendosi alle cure adeguate, stabilire in che misura la malattia pneumologica incide sulla capacità lavorativa del ricorrente. Ritenuto che nel caso di specie sia i funzionari dell’UAI che il medico SMR, come visto in precedenza, hanno riscontrato la necessità di avere un aggiornamento dell’evoluzione della patologia pneumologica, ma che l’amministrazione si è limitata a prendere atto della presa di posizione del dr. med.

_____ che tuttavia ha visto l’insorgente solo alcuni mesi nel 2010, gli atti vanno ritornati all’UAI per un nuovo esame medico, e meglio un aggiornamento, dal lato pneumologico. Non va poi dimenticato che dalla perizia SAM del 26 ottobre 2011 emerge, tra le patologie con influenza sulla capacità lavorativa, anche l’emicrania senz’aura e che, a questo proposito i periti hanno rilevato che sul piano neurologico l’assicurato “ può presentare periodi d’incapacità lavorativa temporanea in caso di attacchi acuti di emicrania, soprattutto se poco rispondenti al trattamento specifico dell’attacco acuto ” (doc. AI 20-24) e che in seguito all’esame psichiatrico del 2 aprile 2014 presso il medico SMR, dr. med.

_____, quest’ultimo ha rilevato che il caso deve essere “ risottoposto a un medico SMR non psichiatra: l’A.to ha enunciato le seguenti patologie in ordine decrescente di severità: artrite, asma, emicrania ” (doc. AI 66-1). Inoltre, dal certificato del 7 agosto 2014 del _____ della _____, a firma dei dr. med. _____, capo clinica e dr. med. _____, assistente, specialista in neurologia, emerge che l’interessato è “ abile dal punto di vista, neurologico, con riserva in caso di attacchi emicranici ” (doc. VI/Bis). Ora, se è vero che per costante giurisprudenza, l’autorità giudicante deve limitare l’esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all’epoca in cui è stata resa la decisione

impugnata, d'altra parte fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. In concreto, unitamente alla nuova valutazione pneumologica, appare necessario anche un ulteriore esame neurologico circa l'influenza degli attacchi emicranici sulla capacità lavorativa dell'interessato. La nuova valutazione dovrà tener conto della più recente giurisprudenza federale. A questo proposito in DTF 140 V 290 l'Alta Corte ha stabilito che un diritto all'indennità per una sindrome sia oggettivamente sia non oggettivamente presuppone in entrambi i casi un apprezzamento medico comprensibile degli effetti del danno alla salute sulla capacità al lavoro e al guadagno. Difficoltà nell'accertamento dei fatti o nel fornire la prova possono necessitare la presa in considerazione – se del caso procurandosi informazioni esteriori all'anamnesi – di altri ambiti della vita, segnatamente di comportamenti durante il tempo libero o gli impegni familiari. Se gli effetti di una sintomatologia dolorosa oggettivamente o non oggettivamente (secondo la diagnostica per immagine) sulla capacità di lavoro rimangono vaghi e indeterminati, benché abbiano avuto luogo indagini curate e complete, e le limitazioni non possono essere giustificate se non tramite indicazioni soggettive fornite dalla persona assicurata, la prova a fondamento della pretesa non è (e non può nemmeno essere) presentata. L'assenza di prova deve essere sopportata dalla persona assicurata (cfr. anche la sentenza 9C_542/2014 del 5 febbraio 2015). Infine anche dal punto di vista psichiatrico non è (ancora) possibile confermare, in assenza di una presa di posizione di uno specialista, che non vi sia stata, dopo la visita presso il dr. med. _____ del 2 aprile 2014, ma prima dell'emissione della decisione impugnata del 16 giugno 2014, una modifica dello stato valetudinario in questo ambito. Infatti, il 23 maggio 2014 il dr. med. _____, del _____ di _____, ha affermato, in relazione al progetto di decisione del 7 maggio 2014, che l'assicurato continua a presentare un'incapacità lavorativa del 100% a causa della patologia psichiatrica che “ si sta complicando con lo sviluppo di un quadro depressivo persistente (cod. ICD-10 F34.8), anche per il concomitante aggravamento dei sintomi dell'atropatia ” (doc. AI 74-1). Ora, se è vero che il medesimo specialista afferma che le condizioni rispetto a quanto indicato nel precedente rapporto del 19 dicembre 2013 sono stazionarie e che il dr. med. _____ il 9 aprile 2014 ha accertato l'assenza di qualsiasi patologia psichiatrica, va comunque evidenziato quanto segue. Il dr. med. _____ ha affermato che “ è possibile che la presa a carico specialistica e l'assunzione regolare dei medicinali abbiano contribuito a un miglioramento significativo in pochi mesi, senza rappresentare pertanto causa di limitazioni importanti ” (doc. AI 66-7), non escludendo di conseguenza che l'interessato abbia potuto avere una patologia psichica. Per cui una successiva (alla visita del 2 aprile 2014) esacerbazione potrebbe nuovamente essere possibile. D'altra parte il dr. med. _____ pone una nuova diagnosi (quadro depressivo persistente, ICD 10 F.34.8), apparentemente subentrata da poco tempo (doc. AI 74-1). Ora, rilevato che il certificato del 23 maggio 2014 non è stato sottoposto ad alcun medico SMR, specialista in psichiatria, neppure nelle more processuali, anche in questo caso non è possibile escludere, con la necessaria tranquillità, la presenza di una nuova patologia che incida sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Per contro dal punto di vista reumatologico, il dr. med. _____ non ha apportato elementi medici oggettivi atti a sovvertire le conclusioni peritali, più volte confermate dal medico SMR, dr. med. _____ (cfr. doc. AI 67-3 e 72-1). Alla luce di quanto sopra esposto, s'impongono nuovi accertamenti medici sia in ambito pneumologico, che neurologico che psichiatrico. 2.5. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, 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. Di norma, l'incarto può essere rinviato all'UAI o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione ("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"; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen", cfr. DTF 137 V 210), si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un aggiornamento in ambito pneumologico, neurologico e psichiatrico come sopra esposto. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. 2.6. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'UAI.

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