

TI_GERICHTE 32.2015.51 vom 3. März 2015

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.51

FR: TI_GERICHTE 32.2015.51 du 3 mars 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.51 del 3 marzo 2015

Erwägungen

E. 2

Diagnosi : il perito non è stato in grado di porre una diagnosi certa. Si è limitato a formulare una diagnosi di “probabile” modificazione duratura di personalità dopo esperienza catastrofica (che il curante non ha posto), alla base di un’inabilità lavorativa elevata e certa.

E. 2.3

A prescindere da queste considerazioni va comunque detto che l'operato irregolare, benché non nuovo (cfr. ancora recentemente la sentenza 9C_961/2009 del 17 gennaio 2011 consid. 2) e deplorabile, dell'amministrazione che ha omesso di trasmettere i referti raccolti dopo il progetto di decisione, dimenticando che avrebbe almeno dovuto informare l'assicurato o il suo patrocinatore della loro esistenza (DTF 132 V 387 consid. 6.2 pag. 391 con riferimenti; cfr. inoltre DTF 128 V 272 consid. 5b/bb pag. 278; 125 V 332 consid. 4b pag. 337), poteva essere sanato in sede giudiziaria cantonale. Da un lato perché il ricorso ai sensi degli art. 56 segg. LPG configurava un rimedio giuridico ordinario che rendeva possibile il riesame della decisione impugnata dal profilo sia del diritto che dei fatti. Dall'altro perché per costante giurisprudenza è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione se - come in concreto, per le ragioni esposte al consid. 2.2 - una simile operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti). Analogamente, nel caso di specie, l'operato dell'amministrazione può essere sanato in sede giudiziaria, ritenuto che il TCA dispone del pieno potere cognitivo e che un rinvio degli atti all'UAI per sottoporre all'interessato la documentazione acquisita in corso di procedura si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe ulteriormente il processo. Il ricorrente ha chiesto ed ottenuto, dopo l'emissione della decisione impugnata, l'intero incarto (doc. AI 123-1) ed ha potuto esprimersi diffusamente in sede giudiziaria (doc. I). La violazione del diritto di essere sentito è stata sanata. Quanto all'asserita omissione di sentire l'assicurato prima di emettere la decisione incidentale del 3 marzo 2015, va evidenziato che il 9 febbraio 2015 (doc. AI 109-1) l'UAI ha comunicato all'insorgente che sarebbe stato sottoposto ad una nuova perizia ad opera della dr.ssa med. _____, per il tramite del SAM e gli ha assegnato un termine di 10 giorni per proporre eventuali obiezioni (doc. AI 109-2). Il ricorrente si è espresso il 12 febbraio 2015 (doc. AI 112-1) ed il 20 febbraio 2015 (doc. AI 116-1), dopo un'ulteriore spiegazione dell'UAI del 17 febbraio 2015 (doc. AI 113-1). Il suo diritto di essere sentito è stato salvaguardato. Per quanto concerne la richiesta di poter avere una discussione con l'UAI per discutere del proseguo della procedura, va rilevato che lo scritto in tal senso dell'insorgente, del 4 marzo 2015 (doc. AI 122-1) è posteriore alla decisione impugnata del 3 marzo 2015 (doc. AI 121-1). Inoltre l'assicurato, che si era già espresso in due occasioni dopo aver saputo dell'intenzione

dell'amministrazione di procedere con una nuova perizia (doc. AI 112-1 e 116-1), si è limitato ad esprimere un desiderio di incontrare le autorità, affermando che “ resterei pure a disposizione per potervi incontrare e coordinare il seguito della procedura ” e che “ qualora fosse possibile agire in questo modo, unitamente all'incarto, prima di procedere con l'emissione della vostra decisione sarei anche grato di poter ricevere la data e l'orario per un incontro” (doc. AI 122-1, sottolineature del redattore). Infine, non va dimenticato che non spetta all'insorgente coordinare la procedura. In DTF 140 V 507 il TF ha dovuto giudicare il caso in cui il Tribunale delle assicurazioni del Canton San Gallo aveva rinviato gli atti all'UAI per lo svolgimento di un tentativo di conciliazione preventivo nell'ambito di una perizia medica pluridisciplinare ed ha stabilito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio e che non c'è spazio per la nomina consensuale dell'esperto. Relativamente alla censura di mancanza di motivazione per non avere spiegato in maniera esaustiva la scelta del cambio del perito e con quale metodo è stata scelta la dr.ssa med. _____, questo TCA rileva che la decisione impugnata è stata sufficientemente motivata. L'UAI ha indicato per quali ragioni, secondo l'opinione del medico SMR, la perizia della dr.ssa med. _____ non sarebbe utilizzabile ed ha precisato che l'interessato sarebbe stato sottoposto ad una nuova perizia psichiatrica e che non si è proceduto ad assegnare un nuovo mandato globale secondo il principio di casualità (doc. B). Il ricorrente ha compreso le motivazioni alla base del provvedimento impugnato, tant'è che lo ha diffusamente contestato tramite un ricorso di 29 pagine (doc. I). Infine, circa l'assenza di una decisione in ambito di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, inoltrata il 16 settembre 2013 (doc. AI 57-1), questo TCA rileva che con la decisione impugnata l'amministrazione si è espressa unicamente sulla questione della perizia psichiatrica. Non essendo oggetto della decisione incidentale il TCA non può esprimersi in merito alla richiesta di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa (cfr. SVR 2005 AHV Nr. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (cfr. STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1A; DTF 119 Ib 36 consid. 1b). Spetterà all'UAI, in tempi brevi, decidere sulla richiesta di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in sede amministrativa. Il Tribunale deve di conseguenza entrare nel merito del ricorso. Nel merito 2.5. In concreto l'insorgente contesta l'allestimento di una nuova perizia psichiatrica, sostenendo che il referto allestito dalla dr.ssa med. _____ è probante e che la perizia affidata ad un'altra consulente del SAM, dr.ssa med. _____, senza applicare nuovamente il metodo aleatorio, costituisce una seconda opinione inammissibile. 2.6. Allorquando va designato un centro peritale, la persona assicurata può far valere, oltre alla ricusa dei periti, obiezioni materiali contro l'allestimento della perizia in quanto tale, nel senso che si tratterebbe di un'inutile seconda opinione, oppure contro la natura e la portata della perizia (ad esempio riguardo alla scelta delle discipline mediche) o contro determinati periti designati (per esempio per quanto attiene la loro competenza specialistica) (DTF 138 V 275 consid. 1.1 con riferimenti). In concreto l'insorgente è stato sottoposto ad una perizia pluridisciplinare (neurologica: dr. med. _____; reumatologica: dr. med. _____; psichiatrica: dr. ssa med. _____) del SAM, allestita il 27 novembre 2014 (doc. AI 90-1). I periti hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di disturbo depressivo di media entità (ICD-10, F 32.1) nell'ambito di una modificazione probabilmente duratura della personalità (ICD-10; F62.0), sindrome cervico-spondilogeno

cronica a sinistra in disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, scoliosi sinistro-convessa toraco-lombare compensata); sbilancio muscolare; sindrome lombo-radicolare irritativa L5 cronica a destra in: ernia discale medio-laterale L4-L5 a destra in sede sublegamentare a contatto con la radice L5 nel recesso laterale di destra, discreti deficit sensitivi persistenti L5 (eventualmente anche S1), discopatie plurisegmentali lombari, spondilolistesi di I grado secondo Meyerding di L5 su S1 su spondilosi della pars istmica peduncolare di L5 dalle due parti, con restringimento dei forami di coniugazione, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, scoliosi sinistro-convessa toraco-lombare compensata), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (BMI 28%); nota lesione parziale del tendine del muscolo sovraspinato con artrosi acromio-claveare e acromion a forma uncinata alla spalla destra (MRI della spalla destra del 23.12.2010), epicondilopatia omero-radiale a destra, probabile artrosi dell'articolazione interfalangea prossimale V alla mano destra, coxartrosi bilaterale, probabile gonartrosi instabile a sinistra in esiti di meniscectomia mediale parziale anamnestica in artroscopia nel 2006; esiti da frattura scomposta della tibia e del perone alla gamba destra trattata mediante osteosintesi il 24.11.1993, con lieve deficit funzionale della caviglia destra. I periti hanno accertato una completa inabilità lavorativa nella precedente attività lavorativa svolta, sia dal lato neurologico, che reumatologico (doc. AI 90-27-28). Dal lato psichiatrico l'incapacità lavorativa nella precedente attività è dell'80% (doc. AI 90-25). Per un'attività adeguata i periti hanno stabilito un grado di incapacità lavorativa dell'80%, dovuta esclusivamente alla patologia psichiatrica (dal punto di vista reumatologico e neurologico, con le limitazioni descritte dai periti, l'interessato è completamente abile al lavoro in attività leggere; cfr. doc. AI da 90-27 a 90-32), rilevando che " sul piano psichiatrico la nostra consulente sottolinea che al momento l'A. non assume regolarmente la terapia farmacologica prescritta e si automedica con l'uso/abuso di sostanze alcoliche. Ella ritiene che, per migliorare lo stato di salute dell'A., egli dovrebbe astenersi da abusi di sostanze alcoliche oltre ad essere maggiormente aderente alla terapia con l'assunzione dei farmaci prescritti dal proprio medico psichiatra curante " (doc. AI 90-32). Il 5 dicembre 2014 il medico SMR dr. med. _____ ha scritto al SAM rilevando che la " perizia psichiatrica della Dr.ssa _____ è incompleta perché lascia aperti i temi dell'esigibilità terapeutica e sull'astinenza dall'alcool. E' innegabile che questo assicurato, che conserva un corretto esame di realtà, abbia le risorse cognitive sufficienti per aderire correttamente alla cura psichiatrica e sospendere parallelamente l'uso di alcool (che notoriamente peggiora i sintomi depressivi e post-traumatici). L'alcool è secondario alla malattia psichica e non primario, quindi possiamo confermare l'inabilità lavorativa data dal perito, ma solo a patto che il perito ponga correttamente i termini dell'esigibilità terapeutica e dell'astinenza da sostanze nocive (obbligo dell'assicurato di ridurre il danno). Ci serve sapere di quanto migliorerebbe verosimilmente CL del soggetto e in quanto tempo, grazie all'assunzione corretta delle terapie farmacologiche e alla sospensione dell'alcool. Nel caso il perito non sia in grado di comunicarci i dati sull'esigibilità, dovremo tenere la pratica in sospeso, e chiedere un'ulteriore perizia psichiatrica tra sei mesi, dopo aver accertato da parte nostra l'astinenza dall'alcool e la corretta assunzione dei farmaci " (doc. AI 93-1). Il 20 dicembre 2014 la consulente del SAM, dr.ssa med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha risposto affermando che " a livello puramente teorico, onde ottenere un eventuale miglioramento della sintomatologia invalidante e pertanto anche dell'abilità lavorativa, valutato l'abuso di sostanze e la non ancora confermata (perché non assunta in maniera corretta) validità dell'attuale terapia antidepressiva (alla quale il paziente anche ad un

dosaggio adeguato e con buona compliance potrebbe non rispondere, necessitando eventualmente di cambiamenti farmacologici) non si può attendere un miglioramento tangibile prima di almeno un anno dall'attuazione di quanto sopra descritto. Tale progetto terapeutico dovrebbe apportare un verosimile miglioramento dello stato clinico il quale, solo dopo un ulteriore esame potrà essere quantificato nell'ambito di un'abilità/inabilità lavorativa. Sarebbe poco etico e professionale, determinare ora come sarà l'evoluzione della malattia dell'assicurato essendoci allo stato attuale molte variabili.... ” (doc. 98-2/3). Il 16 gennaio 2015 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) L'esigibilità di un'assunzione regolare della terapia antidepressiva, ai dosaggi prescritti dallo psichiatra curante e l'esigibilità dell'interruzione dell'abuso di alcool non sono messe in discussione dal perito, il quale ne sottolinea l'importanza nella sua perizia (alle pagine 12 e 13) e successivamente nella sua risposta al sottoscritto, datata 23 dicembre 2014. L'assunzione di antidepressivi e l'interruzione dell'abuso di etile hanno un rapporto rischi / benefici nettamente favorevole, a vantaggio del paziente. Sappiamo bene che un antidepressivo può non funzionare e che in tal caso bisognerà provare a modificare la posologia e/o introdurre altri antidepressivi, ma questo non contraddice l'esigibilità, bensì depone ancor più per una corretta adesione alla terapia e per la drastica riduzione del consumo di alcool. Il perito ha raccomandato un anno di terapie adeguate, congiuntamente all'interruzione dell'abuso di alcool, per ottenere un miglioramento significativo (?) della capacità lavorativa. Anche dopo la domanda successiva posta dal sottoscritto, il perito non ha descritto nel dettaglio le funzioni psichiche del soggetto (ad es. secondo MINI-ICF) e non ha indicato quali di queste funzioni potrebbero migliorare e in quale modo con la terapia adeguata e con la sospensione dell'alcool. Il perito non si sente neppure in grado di quantificare, nemmeno in modo prudente, l'entità teorica di questo miglioramento. Queste conclusioni del perito ci pongono nella condizione di non poter emettere una diffida ad interrompere l'abuso di alcool e a seguire terapie antidepressive. Infatti se l'assicurato non collaborasse per ridurre il danno alla salute, con questi presupposti tra un anno e per sempre, dovremo confermare la presente incapacità lavorativa. Non ci sarebbe possibile stabilire in alcun modo l'entità della riduzione delle prestazioni da applicare ed ogni nostra scelta sarebbe arbitraria. La posizione del perito sul tema dell'esigibilità terapeutica diventa ancora più problematica se consideriamo globalmente la qualità della sua perizia, decisamente carente rispetto agli elementi chiave della medicina assicurativa: 1. Discussione dei punti contraddittori all'incanto : il perito SAM confuta la perizia del Dr. _____ ipotizzando che il paziente non gli abbia riferito i sintomi del disturbo da stress post-traumatico. Questo argomento non regge, perché il Dr. _____ a pag 5 della sua perizia, nel paragrafo “valutazione” dimostra di avere chiaramente indagato ed escluso la presenza di sintomi tipici di disturbo post traumatico, pur essendo consapevole che tale disturbo può insorgere dopo malattie somatiche di una certa importanza. Come se non bastasse la dr.ssa _____ accetta la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico posta dallo psichiatra curante all'epoca, ma di fatto nemmeno lei riscontra attualmente un disturbo da stress post-traumatico. Da notare inoltre che il blocco lombare (causa del cosiddetto trauma psichico) è avvenuto in aprile 2012, mentre l'assicurato per un anno non si è rivolto ad alcuno psichiatra nemmeno il suo medico curante ne ha ravvisato la necessità. Solo dopo la decisione di sospensione delle IG dell'_____ del 06.03.2013 l'assicurato ha consultato lo psichiatra dr. _____, in data 11.03.2013 (tre giorni dopo!), il quale psichiatra ha immediatamente reso un rapporto al medico curante, confermando la IL 100%, e questa volta facendo una diagnosi di sindrome post-traumatica da stress senza citarne i criteri.

E. 2.11

Con il ricorso l'insorgente chiede genericamente l'assunzione di ulteriori prove (doc., doc. rich., int. formale, testi, perizie, ispezione, ecc.) e richiama l'incarto completo dall'UAI (doc. I). Egli ha inoltre domandato che sia semmai il Tribunale ad allestire la nuova perizia. Rammentato che il TCA ha già spiegato i motivi per i quali non spetta, allo stato attuale della procedura, al Tribunale allestire una perizia giudiziaria, non vi sono motivi per assumere ulteriori prove, oltre a quelle già prodotte dalle parti, tra cui l'intero incarto AI. I documenti agli atti sono infatti sufficienti per decidere nel merito del ricorso.

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

E. 2.12

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.-- vanno poste per metà a carico dell'UAI e per metà a carico dell'assicurato. Quest'ultimo chiede tuttavia di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio. Ritenuti l'esito della lite e il diritto a ripetibili parziali, tale richiesta, per quanto attiene alla parte per la quale l'insorgente è vincente in causa, è divenuta priva di oggetto (cfr. DTF 124 V 310 consid. 6; sentenza 164/02 del 9 aprile 2003). Per la parte del ricorso in cui l'assicurato è soccombente, l'interessato può invece essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria, sempre che adempia le relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, *ATSG Kommentar*, Zurigo, Basilea, Ginevra 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito

patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed.; Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). Nella fattispecie, il 20 agosto 2015, il ricorrente ha comunicato al TCA che “ per il proprio sostentamento ad oggi l’assicurato non beneficia pertanto più di alcuna prestazione da parte di assicuratori se non unicamente da parte dell’assistenza pubblica ” (doc. XIV). In tali circostanze l’indigenza deve essere ammessa. Considerato che l’interessato non dispone delle necessarie conoscenze giuridiche, per cui l’intervento di un legale appare senz’altro giustificato e che le argomentazioni non erano palesemente destituite di esito favorevole, il TCA ritiene che nella fattispecie siano soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell’assistenza giudiziaria a favore dell’assicurato, riservato l’eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell’insorgente dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; sentenza 32.2011.202 del 16 maggio 2012; STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

E. 3

Status oggettivo : oltre ai deficit, l’assicurato ha le seguenti risorse, che però non vengono prese in discussione nella discussione. Cito direttamente dalle constatazioni obiettive della perizia: “è sintono e partecipe... coscienza lucida, ben orientata, integra...eloquio appropriato, comprensibile, ricco, adeguatamente espressivo... percezione pronta e libera da errore... Attenzione buona, continua e spontanea...memoria discreta...comprensione sufficientemente pronta... flusso idetico normale... non deficit grossolani della sfera cognitiva... nessi associativi solidi... assenti disturbi del contenuto del pensiero... capacità di giudizio di realtà mantenuta...”

E. 3.1

Die Gutachterwahl bei polydisziplinären MEDAS-Begutachtungen hat immer nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen (Art. 72 bis Abs. 2 IVV; BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.; BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354). In einem ersten Schritt teilt die IV-Stelle der Versicherten mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt (vgl. auch Rz. 2080 ff. des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/view/3946/lang:deu/category:34 , gültig ab 1. Januar 2010; Stand 1. März 2012 [derzeit gültig; Stand 1. Januar 2014]). In diesem Stadium kann die Versicherte (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). In einem zweiten Schritt teilt die IV-Stelle der Versicherten die mittels Zufallszuweisung (durch die vom BSV entwickelte Vergabepattform SuisseMED@P, über welche der gesamte Verlauf der Gutachtenseinholung gesteuert und kontrolliert wird; vgl. SuisseMED@P: Handbuch für Gutachter- und IV-Stellen = Anhang V KSVI) zugeteilte Gutachterstelle und die Namen der Sachverständigen inklusive Facharzttitel mit. In der Folge hat die Versicherte die Möglichkeit, materielle oder formelle personenbezogene Einwendungen geltend zu machen (BGE 139 V 349 E. 5.2.2 S. 355 f.). Dieses Zuweisungsmodell soll generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fließende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen neutralisieren (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.1 S. 355). Nur bei stichhaltigen Einwendungen gegen bezeichnete

Sachverständige ist die Zufallszuweisung allenfalls zu wiederholen bzw. zu modifizieren, indem die Beteiligten beispielsweise übereinkommen, an der ausgelosten MEDAS festzuhalten, dabei aber eine Arztperson nicht mitwirken zu lassen. Bei erneuter Nichteinigkeit ist eine Zwischenverfügung zu erlassen. Auch nach Einführung der Zuweisungsplattform SuisseMED@P haben sich die Beteiligten mit Einwendungen auseinanderzusetzen, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben, insoweit sind Konsensbestrebungen weiterhin nicht hinfällig (BGE 139 V 349 E. 5.2.1, 5.2.2 und 5.2.2.1 S. 354 f.; Urteil 9C_475/2013 vom 6. August 2013 E. 2.1). 3.2.1 Nach dem Gesagten bleibt bei polydisziplinären Gutachten für eine einvernehmliche Benennung der Experten kein Raum. Eine einvernehmliche Einigung kann zwar im Einzelfall grundsätzlich geeignet sein, die Akzeptanz polydisziplinärer MEDAS-Gutachten insbesondere bei den Versicherten zu erhöhen. Dies ist indes kein Grund, von der zufallsbasierten Zuweisung abzusehen oder nur dann auf diese zurückzugreifen, wenn eine Einigung der Parteien auf eine Gutachterstelle misslingt. Der vorinstanzlich postulierte Auswahlmodus, wonach das Zufallsprinzip nur bei gescheiterter Einigung greift, führt zu einer grundsätzlichen Priorisierung der einvernehmlichen Gutachtenseinholung und vereitelt insoweit die angestrebte, möglichst gleichmässige Auftragsvergabe an alle MEDAS-Stellen oder begünstigt zumindest, dass einige Anbieter praktisch nie zum Zuge kommen. Nachdem lediglich Gutachterstellen polydisziplinäre Expertisen für die IV-Stellen verfassen dürfen, welche die (organisatorischen und fachlichen) Anerkennungskriterien des BSV erfüllen, kann die IV-Stelle die von der Versicherten vorgeschlagenen MEDAS-Stellen im Wesentlichen nur aus verfahrensökonomischen Gründen ablehnen und wird damit weitgehend auf die Vorschläge der versicherten Person verpflichtet. Durch das im angefochtenen Entscheid geforderte Vorgehen wird somit erneut eine ergebnisorientierte Auswahl der Gutachterstelle etabliert, nunmehr unter umgekehrten Vorzeichen, welche das in Art. 72 bis Abs. 2 IVV verankerte Zufallsprinzip gerade verhindern will (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354). ” (sottolineatura del redattore) In una sentenza 32.2014.154 del 3 giugno 2015 questo TCA ha stabilito che attualmente la giurisprudenza federale non è rispettata in quanto è praticamente sempre il SAM di _____ ad effettuare le perizie pluridisciplinari ordinate dall'Ufficio AI ticinese e che l'attuale prassi deve pertanto essere modificata al più presto per renderla conforme alla giurisprudenza federale. Questo Tribunale ha osservato come, anche alla luce della giurisprudenza del Tribunale federale relativa ad un altro tema sensibile (quello della corretta determinazione del reddito da invalido), non è possibile rinunciare all'applicazione del metodo aleatorio per tenere conto delle particolarità del nostro Cantone (cfr. STFA U 75/03 del 12 ottobre 2006: “8.2 In primo luogo si osserva che, per un'ovvia questione di parità di trattamento (art. 8 Cost.), un'applicazione della tabella TA13 al solo Cantone Ticino deve essere esclusa se non si vuole creare un'inammissibile lex ticinensis”) e che non spetta al TCA, bensì all'UFAS, trovare una soluzione che rispetti anche per il Cantone Ticino quanto stabilito dall'Alta Corte, senza allungare i tempi delle procedure per gli assicurati ticinesi e senza provocare un sensibile aumento dei costi. Il Tribunale ha poi ritenuto che, innanzitutto, dovrebbe essere ribadita ed intensificata la richiesta ad alcuni dei centri peritali già convenzionati con l'UFAS di disporre di medici nell'organico o come consulenti esterni da interpellare in caso di necessità, che siano in grado di effettuare perizie (soprattutto psichiatriche) anche in lingua italiana ed ha formulato l'ipotesi di creare un altro centro peritale di lingua italiana, coinvolgendo l'Ordine dei medici e magari approfittando delle conoscenze di cui dispongono le numerose cliniche private presenti sul territorio cantonale, dove sono attivi specialisti di diverse discipline mediche. Il TCA ha evidenziato

che il vantaggio di un nuovo centro peritale in Ticino sarebbe quello di disporre di medici che padroneggiano spesso le tre lingue nazionali e che potrebbero così essere disponibili per effettuare le perizie anche per assicurati provenienti da tutta la Svizzera ed ha ritenuto che soltanto un sistema che permetta ogni volta la scelta tra un certo numero di centri peritali (almeno tre), garantisca realmente il rispetto del principio aleatorio. Infine, questo Tribunale ha invitato l'UAI ad attivarsi presso l'UFAS per mettere in atto al più presto i correttivi necessari per adattare l'attuale prassi alla giurisprudenza federale, senza che ne derivi alcun peggioramento per gli assicurati di lingua italiana per quanto riguarda i tempi di attesa. 2.10. In concreto la richiesta del ricorrente di far allestire la perizia direttamente dal TCA va respinta di primo acchito, già solo per il motivo che in concreto non è stata impugnata una decisione finale (di assegnazione o rifiuto di una rendita), bensì unicamente una decisione incidentale nell'ambito della procedura amministrativa che porta sulla necessità di effettuare un'ulteriore valutazione peritale prima di emettere la decisione circa il diritto o meno di una prestazione dell'AI. La procedura amministrativa non è ancora conclusa e spetta all'UAI effettuare gli accertamenti ancora necessari prima di emettere la decisione di rifiuto o di accoglimento della domanda. La necessità di allestire una perizia giudiziaria andrà semmai esaminata nell'ambito di un eventuale ricorso che l'assicurato potrà presentare nei tempi e modi previsti dalla legge contro la decisione finale di attribuzione o rifiuto delle prestazioni AI. In secondo luogo, questo Tribunale rileva che dovendo allestire un complemento, nel corso della medesima procedura, di un esame peritale già effettuato ma non ancora concluso viste le lacune riscontrate, a giusta ragione l'UAI ha conferito l'incarico al medesimo SAM, che già si stava occupando della fattispecie, senza mettere in atto una nuova procedura di assegnazione del mandato secondo il principio aleatorio ad un altro istituto (cfr. anche il marginale 2078 della Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invalidità, secondo cui " les expertises médicales de suivi peuvent être attribuées directement au centre d'expertises médicales qui avait déjà produit une expertise pluridisciplinaire, si cette dernière avait été attribuée par la plateforme SuisseMED@P (arrêt du TF 8C_791/2012 du 6 mars 2013) "). Per quanto concerne la questione di sapere se il complemento peritale, all'interno del medesimo istituto, può essere attribuito ad un altro perito e, in caso di risposta affermativa, se occorre applicare il metodo aleatorio, va evidenziato quanto segue. In concreto l'UAI ha chiesto al SAM un complemento peritale da effettuare tramite un nuovo perito (doc. AI 103). Il SAM ha incaricato la dr.ssa med. _____ (cfr. doc. AI 111 e doc. IV, pag. 7). La procedura adottata non è corretta. Di principio un semplice complemento ad una perizia ancora in corso deve essere assegnato al medesimo perito che ha effettuato l'esame iniziale. Ne segue che l'attribuzione "diretta" del complemento peritale ad un altro consulente, e meglio alla dr.ssa med. _____, non può essere tutelata. Per il complemento va incaricata nuovamente la dr.ssa med. _____, ritenuto come nessuna delle parti solleva motivi di ricusa nei confronti della specialista, sorteggiata sulla piattaforma SuisseMED@P secondo una procedura corretta. Non va poi dimenticato che nel frattempo, in seguito all'emanazione della sentenza pubblicata in DTF 141 V 281 e relativa alle perizie eseguite nell'ambito della determinazione del disturbo da dolore somatoforme persistente, l'UFAS, con lettera circolare AI n. 339 dell'8 settembre 2015, ha elaborato, sotto forma di mandato vincolante per gli uffici AI, un questionario per le perizie mediche nell'ambito dell'assicurazione invalidità, che si applica a tutti i tipi di danni alla salute, poiché nell'ottica di un accertamento incentrato sulle risorse personali non ha ormai più senso distinguere tra malattie psicosomatiche e altre patologie. Nel caso di specie, poiché la perizia

pluridisciplinare non è ancora conclusa e va completata con una nuova perizia psichiatrica dopo aver adottato le misure necessarie ad una corretta valutazione della capacità lavorativa del ricorrente (astensione dall'alcol e assunzione dei medicinali prescritti), il referto psichiatrico dovrà tener conto di tutte le domande contenute nella lettera circolare AI n. 339 dell'8 settembre 2015 e pertanto le lacune riscontrate dal medico SMR e relative alla perizia del 7 novembre 2014, segnatamente per quanto concerne la mancata descrizione della funzionalità del soggetto al fine di valorizzare le risorse ancora presenti, andranno colmate (cfr. anche, ma in un caso in cui vi era un dolore cronico, le sentenze 9C_822/2014 del 29 ottobre 2015 e 9C_79/2015 del 5 novembre 2015). Per cui, in ogni caso, il referto del 7 novembre 2014 non può più essere utilizzato poiché superato. In queste condizioni il primo paragrafo del dispositivo della decisione impugnata va modificato nel senso che la perizia psichiatrica sarà effettuata dalla Dr.ssa med. _____. Per il resto il dispositivo della decisione incidentale va confermato. In tal senso il ricorso, nella misura in cui è ricevibile (cfr. consid. 2.4. in fine) va parzialmente accolto.

E. 4

Descrizione funzionale e risorse residue : la perizia si focalizza sui deficit e sulla conferma di un'inabilità lavorativa elevata, mentre manca una descrizione accurata della funzionalità del soggetto, ad esempio secondo MINI-ICF, al fine di valorizzare le risorse ancora presenti, come raccomandato dalle linee guida sulle perizie psichiatriche attualmente in vigore. Per quanto sopra esposto ritengo che non possiamo basarci sulla perizia della Dr.ssa _____ per emanare una decisione rendita. La perizia infatti è elusiva su troppe questioni fondamentali della medicina assicurativa. Propongo pertanto di esigere che l'assicurato si presenti ad una nuova perizia psichiatrica, da organizzare ancora presso il SAM tra tre mesi. Il SAM dovrà produrre questa nuova perizia psichiatrica avvalendosi di un altro perito; l'elaborato prodotto sarà in sostituzione della perizia psichiatrica attuale che è inservibile. Durante questi sei mesi l'assicurato dovrà assumere rigorosamente la farmacoterapia prescritta dal curante e, con l'aiuto del curante, dovrà interrompere ogni abuso di alcool. La sospensione dell'abuso di alcool dovrà essere dimostrata con due dosaggi del CDT ematico, da farsi nei 30 giorni precedenti la data della nuova perizia. L'assunzione corretta della farmacoterapia dovrà essere dimostrata da almeno due dosaggi ematici dei medicinali e dei relativi metaboliti, dosaggi che verranno stabiliti liberamente dal curante. Anche il perito, in sede peritale, dovrà dosare almeno una volta questi due parametri" (doc. AI 101-1/3) Il 2 febbraio 2015 la dr.ssa med. _____ ha scritto al medico SMR, contestando le sue affermazioni ed affermando di aver potuto porre la diagnosi certa di disturbo depressivo di media entità (ICD 10: F32.1) nell'ambito di una modificazione probabilmente duratura della personalità (ICD 10: F62.0) con influo sulla capacità lavorativa (doc. AI 106-1). Oltre a rispondere alle perplessità sollevate dal medico SMR, la perita rileva inoltre che: "(...) Nella perizia già scrisse: "Difficile pronunciarsi sulla prognosi senza un'adeguata compliance medicamentosa. A medio-lungo termine, se il paziente dovesse assumere regolarmente una psicofarmacoterapia adeguata (anche quella già prescritta) potrebbe l'assicurato ritrovare un maggior equilibrio psicofisico tale da renderlo almeno parzialmente abile ad un lavoro, compatibilmente ai limiti fisici presenti (...) Come espresso sopra, il paziente non assume regolarmente la terapia farmacologica e si automedica con l'uso/abuso di sostanze alcoliche. Per migliorare lo stato di salute l'assicurato dovrebbe astenersi da abusi di sostanze alcoliche oltre ad essere maggiormente compliant con l'assunzione della terapia farmacologica prescritta dal curante." Nel complemento del 5 dicembre 2014 ti scrisse: "... tale progetto terapeutico dovrebbe

apportare un verosimile miglioramento dello stato clinico il quale, solo dopo un ulteriore esame potrà essere quantificato nell'ambito di un'abilità/inabilità lavorativa." Purtroppo leggendo la raccomandata indirizzata al SAM con le considerazioni mediche da te espresse, si fa fatica a non percepire una sorta di "pressione" sul perito; la sottoscritta, ti posso assicurare, è stata assolutamente oggettiva ed imparziale ma soprattutto etica e professionale! Essendo assolutamente certa della validità della mia perizia, ti chiedo quali sono gli eventuali passi da effettuare per poter avere chiarezza al riguardo oltre al domandarti di rivedere la vostra posizione nei confronti degli eventuali costi per una nuova perizia che avete predisposto a carico del SAM." (doc. AI 106-4/5) Il 9 febbraio 2015 il dr. med. _____ ha affermato: " (...) La necessità di dover chiarire e puntualizzare innumerevoli affermazioni contenute nella perizia non la rende per questo più chiara ed esaustiva. E' innegabile che nella perizia si stabiliscono delle inabilità lavorative senza fare astrazione della problematica dell'alcool, che non è assicurata dall'AI. Il perito avrebbe potuto correttamente dirsi impossibilitato ad esprimersi sulla capacità lavorativa per soli motivi psichiatrici, fino all'ottenimento dell'astinenza esigibile. In alternativa, se il perito era capace di concludere con una percentuale di IL, doveva allora fornire un'inabilità lavorativa che facesse astrazione dall'uso di alcool e che si riferisse solo alla patologia psichiatrica. Per di più, essendo la depressione curabile e guaribile, è scientifico affermare che una cura antidepressiva può teoricamente migliorare la prognosi e di riflesso la CL anche nella misura del 100%. Quindi a livello medico teorico, essendo la depressione l'unica diagnosi certa secondo ICD-10, era corretto dire che una cura esigibile ed efficace poteva portare anche ad un recupero completo della CL. Anche se si reputa esigibile una sospensione dell'alcool allora si dovrebbe almeno avere un'idea approssimativa e prudente del miglioramento teorico che si cerca con questa misura. Altrimenti perché fare delle raccomandazioni peritali se non siamo in grado di dire a cosa ci portano? Per rispetto delle competenze del perito non abbiamo preso posizione d'ufficio e gli abbiamo pazientemente chiesto di formulare una prognosi di recupero funzionale anche molto prudente. Il perito per contro ha evocato incomprensibili questioni deontologiche, pur di non rispondere al quesito medico-assicurativo posto. Adesso un continuo scambio fatto di puntualizzazioni non è né utile né opportuno alla definizione della pratica. Si proceda con la richiesta di nuova perizia presso SAM concordata." (doc. AI 107-1) In seguito a questo scritto, l'UAI ha assegnato alla dr.ssa med. _____ l'allestimento di una nuova perizia psichiatrica da eseguire presso il SAM (doc. AI 109-1 e seguenti). Con il ricorso l'insorgente ha prodotto un referto del 12 marzo 2015 del medico curante, dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, che ha preso posizione sull'intera fattispecie (doc. D). In sede di risposta l'UAI ha trasmesso l'annotazione del 14 aprile 2015 del medico SMR dr. med. _____ che ha ribadito le sue precedenti osservazioni (doc. IV/1). 2.7. Per quanto riguarda l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, la giurisprudenza federale 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 p. 169; Pratique VSI 1996 pp. 318, 321, 324; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 128). Al riguardo 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo giurisprudenza i suddetti 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 I 441/99 del 18 ottobre 1999; I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; RCC 1992 p. 182 consid. 2a con riferimenti). Secondo la Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI), cifra 1013, Le tossicomanie (sindromi da dipendenza quali p. es. l'alcolismo [RCC 1989 p. 283, 1969 S. 236], la dipendenza da medicinali [RCC 1964 p. 115] o da droghe [RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600], l'abuso di nicotina oppure l'obesità [RCC 1984 p. 359]) non giustificano di per sé un'incapacità al lavoro. Esse possono tuttavia avere l'effetto di un danno alla salute invalidante se sono la conseguenza o il sintomo di un danno invalidante alla salute mentale o fisica, oppure hanno causato un notevole danno fisico e/o mentale quale una durevole lesione cerebro-organico-neurologica oppure un irreversibile mutamento di natura organica della personalità affettiva. Occorre pertanto verificare se la tossicodipendenza è la conseguenza di un danno alla salute fisica o mentale di natura patologica preesistente oppure se la dipendenza è la ragione di un susseguente danno alla salute suscettibile a diminuire la capacità al guadagno in maniera permanente o di lunga durata (Pratique VSI 2001 p. 227 consid. 5 e 6). L'assicurazione AI ne tiene conto solo se la dipendenza ha provocato una malattia (o un infortunio) in seguito alla quale o per cui l'assicurato ha subito un danno alla salute fisica o mentale che riduce la capacità al guadagno, o se essa stessa risulta da un tale danno con valore di malattia (DTF 124 V 268 consid. 3c e riferimenti; Pratique VSI 2002 p. 30, 2001 p. 223 = SVR 2001 IV Nr. 3 p. 7 consid. 2b). Con sentenza 8C_582/2015 dell'8 ottobre 2015 il TF ha ribadito il medesimo concetto: "(...) 2.2.1. Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen

psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) : Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteile 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1; 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1).” 2.8. Nel caso di specie questo TCA, circa l’aspetto medico, deve in primo luogo evidenziare che, tenuto conto della totale incapacità lavorativa del ricorrente dal punto di vista reumatologico e neurologico nella precedente attività di isolatore di tetti piani, in discussione rimane unicamente la capacità lavorativa del ricorrente in attività leggere e confacenti al suo stato di salute. A questo proposito, mentre in ambito reumatologico e neurologico i periti hanno attestato una capacità lavorativa totale, per quanto concerne l’aspetto psichiatrico, la specialista ha certificato un’incapacità lavorativa dell’80% (doc. AI 90-27 e 90-28). Come rilevato dall’UAI (doc. IV), indipendentemente dalla questione della diagnosi posta in ambito psichiatrico e delle lacune riscontrate dal medico SMR nella redazione del referto, la perizia della dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, deve in ogni caso essere oggetto di un complemento peritale alla luce delle risultanze emerse nell’ambito dell’esame psichiatrico, e meglio dell’uso/abuso di sostanze alcoliche e dell’assenza di assunzione regolare dei medicinali prescrittigli dal medico curante, dr. med. _____. La perita il 7 novembre 2014 ha rilevato che l’insorgente “ ammette di non assumere regolarmente (nдр: la terapia) perché quando beve non la prende. Conferma pertanto quanto riscontrato negli esami ematici effettuati durante l’attuale perizia multidisciplinare. Al secondo incontro nega ancora un’assunzione regolare della farmacoterapia nei giorni precedenti il nostro incontro ” (doc. AI 91-8). “ Il paziente non assume regolarmente la terapia farmacologica e si automedica con l’uso/abuso di sostanze mediche. Per migliorare lo stato di salute l’assicurato dovrebbe astenersi da abusi di sostanze alcoliche oltre ad essere maggiormente compliantе con l’assunzione della terapia farmacologica prescritta dal curante ” (doc. AI 91-13). Concetto espresso ancora in seguito laddove la specialista afferma che “ attualmente non vi sono le risorse necessarie per dei provvedimenti di alcun genere ma, con ogni probabilità, se l’assicurato si attiene alla terapia prescritta dal curante senza abusare di sostanze alcoliche, potrebbe essere in grado di effettuare dei provvedimenti d’integrazione professionale in attività compatibili con eventuali limiti fisici ” (doc. AI 91-13). Il medesimo ricorrente in sede di osservazioni afferma che “ in concreto è altrettanto attestato che il consumo di alcool ha contribuito a peggiorare non da ultimo la situazione psichiatrica dell’assicurato, tant’è che se così non fosse nemmeno appare comprensibile per quale motivo ai fini di una sola perizia psichiatrica si renderebbe necessario insistere così formalmente con l’astensione da ogni consumo ” (doc. VI, sottolineatura del redattore; cfr. anche doc. AI 38-5, certificato del 25 marzo 2013 del medico curante, dr. med. _____: “[...] Avrebbe ricominciato a fumare due mesi fa fino a quaranta sigarette al giorno. Era riuscito per circa due anni e mezzo a non fumare più. Dal punto di vista etilico berrebbe due/tre bicchieri di stock la sera per dormire meglio [...] per cercare di mitigare le problematiche anche legate a questo stato di angoscia e d’ansia nonché di insonnia, avrebbe cominciato a fumare sino a quaranta sigarette al giorno, bere grosse quantità di caffè e ad iniziare ad assumere dei superalcolici

la sera [...] ”). La stessa dr.ssa med. _____ rileva in altre parole che l’astinenza da sostanze alcoliche e l’assunzione corretta della terapia prescritta potrebbe avere un’influenza positiva sulla capacità lavorativa del ricorrente, pur ritenendo che una modifica interverrebbe solo a lungo termine (un anno). La questione deve tuttavia necessariamente essere indagata approfonditamente ed accuratamente prima di poter decidere circa un eventuale diritto ad una rendita, non giustificando, di per sé, l’alcolismo un’incapacità lavorativa (sentenza 8C_582/2015 dell’8 ottobre 2015; DTF 124 V 268 consid. 3c e riferimenti; Pratique VSI 2002 p. 30, 2001 p. 223 = SVR 2001 IV Nr. 3 p. 7 consid. 2b) ed essendo l’assicurato tenuto a fare tutto quanto possibile per ridurre il danno e dunque assumere la farmacologia prescrittagli (art. 21 cpv. 4 LPGa; cfr. la sentenza 8C_128/2007 del 14 gennaio 2008, consid. 3.1 e riferimenti, concernente una fattispecie nella quale la nostra Massima Istanza ha ritenuto esigibile l’intervento di una protesi all’anca; cfr. anche sentenza 9C_914/2010 del 2 dicembre 2010). Ritenuto che, interpellata in merito (cfr. doc. AI 93-1), la dr.ssa med. _____ non è stata esaustiva nelle risposte, limitandosi ad affermare che un miglioramento dell’attuale sintomatologia invalidante non sarebbe tangibile prima di almeno un anno dall’attuazione delle misure descritte (doc. AI 100-1), a giusta ragione l’UAI ha intimato al ricorrente un termine di trenta giorni, del resto inferiore a quello ipotizzato dalla perita e dunque meno incisivo per il medesimo assicurato, durante il quale deve astenersi dall’assunzione di sostanze alcoliche e durante il quale deve assumere regolarmente la terapia prescrittagli, al fine di procedere ad un complemento del referto psichiatrico. In questo senso, la perizia allestita il

E. 7

novembre 2014 dalla dr.ssa med. _____, indipendentemente dalle altre critiche sollevate dal medico SMR, dr. med. _____, non può essere utilizzata, basandosi su uno stato valetudinario del ricorrente che non permette un esame oggettivo della sua capacità lavorativa poiché influenzato dalla mancata assunzione dei medicinali prescritti e dal consumo di alcool. Contrariamente a quanto sostiene l’insorgente non si tratta pertanto di raccogliere una seconda opinione, bensì di allestire un nuovo esame peritale in ambito psichiatrico dopo che saranno messe in atto le misure oggettive necessarie (astensione dall’alcool e assunzione della terapia prescritta) per stabilire una corretta valutazione della capacità lavorativa del ricorrente in attività leggere. A questo proposito va rilevato che, allo stadio attuale della procedura, non vi sono invece motivi per ritenere necessaria una nuova perizia pluridisciplinare che riesami nuovamente anche l’aspetto neurologico e reumatologico, ritenuto che non sono sollevati argomenti che potrebbero far ritenere che anche in questi casi l’esame peritale si sia fondato su elementi estranei che avrebbero influenzato la valutazione della capacità lavorativa. Posta la necessità di un complemento peritale in ambito psichiatrico, va ora esaminato se l’UAI poteva, come ha fatto, assegnare l’incarico ancora al SAM, e se quest’ultimo poteva designare un’altra perita, la dr.ssa _____, in luogo della dr.ssa med. _____, come richiesto dall’amministrazione.

2.9. Con sentenza pubblicata in DTF 140 V 507 il Tribunale federale ha stabilito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (DTF 139 V 349 consid. 5.2.1 pag. 354). Non c’è spazio per la nomina consensuale dell’esperto (consid. 3.2.1). Il TF ha affermato che il modo di designazione come proposto dal tribunale cantonale, in cui il metodo aleatorio entra in gioco solo se non c’è un consenso, conduce in genere a rendere prioritario l’esperimento consensuale di una perizia e ad impedire in questa misura un’attribuzione per quanto possibile equivalente dei mandati o, per lo meno, ad aumentare il rischio di escludere alcuni

centri medici. L'Alta Corte ha affermato: " (...)

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