

## **TI\_GERICHTE 32.2015.80 vom 2. April 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-04-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.80)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.80 du 2 avril 2015

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.80 del 2 aprile 2015

### **Regeste**

Richiesta di una rendita AI. Rinvio atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti e segnatamente per allestire una perizia medica pluridisciplinare

### **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. 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 LPGGA (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).

2.3. 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'inserimento, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, per i motivi che seguono, non può confermare l'operato dell'UAI, sia perché l'amministrazione si è limitata ad allestire una perizia reumatologica senza approfondire l'incidenza sulla capacità lavorativa di altre patologie di cui è affetto il ricorrente, sia perché il referto del dr. med. \_\_\_\_\_ non è più stato aggiornato malgrado le, successive, divergenti certificazioni dei dr. med. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Dagli atti emerge che l'insorgente è stato vittima di un infortunio con politrauma alla schiena nel 1981, quando era apprendista spazzacamino, in seguito al quale è tuttora a beneficio di una rendita della \_\_\_\_\_ del 10% (doc. \_\_\_\_\_ 29-1 e 55-1) e che ha inoltrato altre due domande di prestazioni dell'AI, il 24 settembre 1982, sfociata nel riconoscimento di una rendita fino al 31 gennaio 1984 ed il 22 luglio 1992 conclusasi con una decisione di rifiuto del 25 novembre 1993 poiché l'assicurato, ormai attivo, dal 1986, come imbianchino, continuava a svolgere la medesima attività con una riduzione della capacità di lavoro, e quindi di guadagno, tra il 30% ed il 35%. Dal 1998 l'interessato svolge l'attività di pittore indipendente (doc. AI 83-1 e doc. AI 97-1). Nelle more amministrative, dopo aver acquisito l'intera documentazione medica, l'UAI ha fatto allestire una perizia reumatologica ad opera del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH reumatologia e medicina interna (doc. AI 58). Lo specialista, l'11 ottobre 2013, dopo aver visitato l'insorgente l'8 ottobre 2013, ha posto le diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica a destra con possibile instabilità segmentale in alterazioni degenerative della colonna lombare (discopatie L1/L2, L2/L3 ed L5/S1 con protrusione discale mediana e foraminale a destra L5/S1, senza conflitti radicolari, con spondilartrosi bilaterali, alla RM lombare del 23.12.2009), disturbi statici del rachide (cifoscoliosi della dorsale con protrazione del capo), decondizionamento e sbilancio muscolare, periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito terminale a sinistra in artrosi acromeoclaveare bilaterale (diagnosi clinica), poliartrosi delle dita (diagnosi clinica), gonartrosi bilaterali e artrosi tibioastragala sintomatica con instabilità articolare a destra ed esiti da trauma distorsivo della caviglia destra con rottura parziale del tendine di Achille nel 2001, rottura cronica del legamento fibulotalare. Lo specialista ha stabilito che in un lavoro adatto al suo stato di

salute l'insorgente è abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, con un rendimento massimo del 100%, dall'1.1.2011. Per contro, nella sua attività di pittore è stato giudicato abile al lavoro al 100%, ma con una riduzione del rendimento del 40% (doc. AI 58-10). Questa valutazione è tuttavia stata in parte contraddetta, perlomeno implicitamente, dalle successive valutazioni dei dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH chirurgia ortopedica e traumatologia presso l'\_\_\_\_\_, e dr. med. \_\_\_\_\_, FMH chirurgia ortopedica, i quali hanno attestato incapacità lavorative, nella precedente attività di pittore, del 50%. Il 30 ottobre 2013, ossia successivamente alla perizia del dr. med. \_\_\_\_\_, il dr. med. \_\_\_\_\_ ha visitato l'insorgente a causa di un trauma distorsivo avvenuto accidentalmente il giorno stesso alla caviglia destra, già indagata per la patologia artrosica. Lo specialista ha accertato che la "caviglia appare modicamente tumefatta e dolente alla palpazione a livello del comparto laterale" ed ha attestato un'inabilità lavorativa del 50% (ossia 4 ore al giorno) per la sola patologia alla caviglia (doc. AI 70-5). Il 26 novembre 2013 il medesimo specialista ha rilevato un ulteriore peggioramento della sintomatologia dolorosa a carico dell'articolazione tibio-tarsica ed ha nuovamente certificato un'incapacità lavorativa del 50% (doc. AI 70-5). A causa della limitazione della funzionalità e della dolorabilità il dr. med. \_\_\_\_\_ ha inoltre previsto un intervento di meniscectomia mediale selettiva il 2 gennaio 2014 (doc. AI 70-6), in seguito al quale, all'esame obiettivo, ha evidenziato "importanti contratture a carico della muscolatura del gemello mediale e gemello laterale", ha consigliato di proseguire con la fisiochinesiterapia per recuperare l'elasticità dei muscoli flessori della gamba ed ha confermato l'incapacità lavorativa del 50% (doc. AI 70-7). Il 25 febbraio 2014 il medesimo specialista ha rilevato, "per quanto concerne la problematica a carico della caviglia destra", un'"importante tumefazione della stessa" ed ha attestato un'inabilità lavorativa del 100% (doc. AI 70-9), poi ridotta al 50% il 25 marzo 2014 (doc. AI 70-10). Alla stessa conclusione è giunto anche il dr. med. \_\_\_\_\_ in un referto del 19 febbraio 2014 per l'assicuratore contro gli infortuni (\_\_\_\_\_). Dopo aver visitato il 14 febbraio 2014 il ricorrente, l'ortopedico ha ritenuto giustificata un'incapacità lavorativa del 50% quale pittore indipendente, per le sole patologie agli arti inferiori, ritenendo giustificato considerare a medio termine l'indicazione a misure cruenti di artrodesi della tibio-tarsica o eventualmente di protesi (doc. assicuratore infortuni 11-3: "in considerazione del quadro clinico riscontrato agli arti inferiori, in particolare alla caviglia destra, ritengo senz'altro giustificata la vigente inabilità lavorativa nella misura del 50% in qualità di pittore indipendente"). Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha poi confermato la sua valutazione l'11 luglio 2014, dopo che l'insorgente è rimasto vittima di un trauma contusivo alla spalla sinistra, con dolore e limite funzionale, il 25 aprile 2014 (doc. AI 85-2 e 87-1; doc. assicuratore infortuni 18-1). Malgrado ciò, il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna, e dunque non negli ambiti qui in esame (reumatologia ed ortopedia) il 16 maggio 2014 ha ritenuto che la documentazione medica sopra citata non impone "una valutazione diversa dello stato di salute, già ampiamente oggettivato dal Dr. \_\_\_\_\_" ed ha rilevato che il dr. med. \_\_\_\_\_ ha stabilito un'inabilità lavorativa del 50% in termini di orario di lavoro, mentre il dr. med. \_\_\_\_\_ del 40% con riferimento alla diminuzione del rendimento (doc. AI 80-2). Il 6 novembre 2014 il dr. med. \_\_\_\_\_ ha nuovamente confermato l'incapacità lavorativa attestata dal dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. AI 88-1). Il 16 dicembre 2014 il medico SMR oltre a ribadire la correttezza della valutazione del perito ha affermato che mentre la \_\_\_\_\_, per l'infortunio del 1981 ha attribuito una rendita dapprima del 20% in seguito del 10% per compensare la perdita di salario attribuibile alle conseguenze dell'infortunio, il

dr. med. \_\_\_\_\_ ha precisato i limiti funzionali in modo tale che, in attività pienamente rispettosa di tali limiti, la capacità è da considerare totale, “ In una simile attività, ovviamente il rendimento non sarebbe ridotto del 10% ”. Il medico SMR ha inoltre ribadito che il dr. med. \_\_\_\_\_ attesta un’inabilità lavorativa del 50% precisando che intende 4 ore giornaliere con rendimento del 100%, mentre il dr. med. \_\_\_\_\_ ha identificato una diminuzione del rendimento del 40% sull’arco di tutta la giornata lavorativa (per quanto riguarda il lavoro di pittore, non il lavoro amministrativo, per il quale la capacità lavorativa è totale) che appare più realistico alla luce della natura del danno della salute dell’assicurato. Per il dr. med. \_\_\_\_\_, “ il pieno rendimento è difficilmente ipotizzabile, anche a tempo parziale ” (doc. AI 97-1). Questo Tribunale non può condividere le valutazioni del medico SMR, peraltro generalista. Infatti, in presenza di valutazioni, successive, diverse da parte di altri due specialisti, di cui uno intervenuto su richiesta di un altro assicuratore sociale e che hanno certificato un’incapacità lavorativa maggiore rispetto a quella del perito sulla base della sola patologia alla caviglia, l’UAI avrebbe perlomeno dovuto interpellare il dr. med. \_\_\_\_\_, sottoponendogli i referti e chiedendogli di aggiornare la sua, ormai datata, perizia. Ma vi è di più. Con il ricorso l’assicurato ha prodotto un referto del 2 aprile 2015 del \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dell’Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, Prof. dr. med. \_\_\_\_\_, che in seguito ad un esame del 1° aprile 2015, ha diagnosticato un carcinoma alla prostata (PI-RADS 4 a 5) in sede anteriore nella zona di transizione prevalentemente dal lato sinistro ma coinvolgendo pure il lato destro. Lo specialista ha aggiunto che vi è “ un forte sospetto per un’estensione extra-capsulare ad infiltrazione dello stroma anteriore ” (doc. D). Un’agobiopsia del 23 aprile 2015 ha confermato la diagnosi (allegato al doc. D). Il 3 giugno 2015 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, si è limitato a sostenere che “ il riscontro di una neoplasia limitata alla prostata ha un influsso sulla capacità lavorativa a partire dal momento dell’inizio del trattamento (operazione o radioterapia) con seguente IL della durata di 3 a 6 mesi a secondo dell’opzione terapeutica scelta e che fino all’inizio del trattamento l’esigibilità lavorativa rimane come da valutazione precedente” (doc. IV/1). Anche in questo caso, tuttavia, la valutazione non è stata sottoposta ad uno specialista in oncologia, né sono stati interpellati i medici dell’insorgente per approfondire l’incidenza che questa forma tumorale ha sulla capacità lavorativa dell’interessato. Infine il 20 luglio 2015 il ricorrente ha evidenziato di essere ormai in cura, dal lato psichiatrico, presso la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria. Ora, già il 9 agosto 2012 il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, aveva chiesto un parere al dr. med. \_\_\_\_\_ relativamente alla circostanza che l’interessato, dall’età di 18 anni, presenta numerosi incubi notturni che sono verosimilmente dovuti ad un’ “ ansia di prestazione nella vita lavorativa-familiare ” in un paziente “ estremamente disturbato ” (doc. AI 49-15). L’insorgente è poi stato sottoposto ad un esame presso il dr. med. \_\_\_\_\_, Capo clinica e \_\_\_\_\_, assistente, del \_\_\_\_\_ presso il \_\_\_\_\_, i quali l’11 ottobre 2012 hanno rilevato che la sintomatologia non è di univoca interpretazione e che l’ipotesi più probabile è quella di una parasonnia del sonno NREM, ma non può essere escluso un disturbo comportamentale della fase REM, né la presenza di crisi epilettiche nel sonno (doc. AI 49-13). Dal referto emerge inoltre che in passato era stato seguito da uno psichiatra (doc. AI 49-12: “ [...] viene riferito anche uno stato di tensione emotiva e muscolare per cui alla sera assume sporadicamente il Valium. Per tali motivi, è stato seguito da uno psichiatra ed ha assunto diversi farmaci [...] “). Gli specialisti hanno comunque indicato che l’interessato è abile al lavoro relativamente a questa patologia (doc. AI 49-11), mentre nel referto del 29 gennaio 2013 il medico

curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha indicato, tra le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, la “ da anni parasonnia in fase di accertamento ” precisando che “ no so sei disturbi del sonno (vedi allegati) che tormentano il paziente da anni possono avere o meno un influenza sul suo rendimento lavorativo. Penso però che un certo grado di affaticabilità, riduzione della concentrazione ed ansia possono influire in modo negativo sulla sua giornata lavorativa ” (doc. AI 49-2). Il medico SMR, il 19 luglio 2013, ha ritenuto che questa patologia non avesse influsso sulla capacità lavorativa, senza tuttavia procedere con ulteriori esami (doc. AI 55-1). Anche in questo caso l’UAI avrebbe dovuto procedere ad un esame maggiormente approfondito della malattia e delle ragioni per le quali l’interessato è stato seguito da uno psichiatra. Tant’è che apparentemente, perlomeno dal mese di luglio 2015, l’insorgente è di nuovo in cura da una specialista. Certo, la (nuova) presa a carico è successiva rispetto all’emissione della decisione impugnata che di norma delimita dal punto di vista temporale il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) e nulla è dato a sapere circa la diagnosi posta dalla curante. Tuttavia, una patologia psichica si era già apparentemente manifestata in precedenza (doc. AI 49-12) e con sentenza I 109/01 del 4 ottobre 2001, l’allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), circa l’insorgere di una patologia psichica, ha affermato: “ (...) b) Nel caso in esame a ragione la Corte cantonale, fondandosi sull’avviso del dott. B. \_\_\_\_\_, ha rinviato gli atti di causa all’amministrazione per nuovi accertamenti relativi allo stato psichico dell’assicurato. Il possibile stato depressivo reattivo diagnosticato dal medico, disturbo che peraltro aveva reso necessario un ricovero in ambiente psichiatrico presso la Clinica Y. \_\_\_\_\_ nell’aprile 2000, erano circostanze che legittimavano il primo giudice a statuire in questo senso. L’argomento dell’UAI in sede di ricorso di diritto amministrativo, per cui un eventuale subingredire di una patologia dal profilo psichico sarebbe se del caso posteriore alla decisione in lite, non basta in effetti perché ci si scosti dall’opinione del Tribunale cantonale quando si ricordi che le turbe psichiche si manifestano di regola progressivamente. In altre parole, non si può escludere che detti disturbi siano insorti già prima dell’emanazione della decisione impugnata, segnatamente ove si osservi che in una dichiarazione dell’assistente sociale dell’Ospedale X. \_\_\_\_\_ del 2 dicembre 1999 si attestava come W. \_\_\_\_\_ avesse nel frattempo cominciato un sostegno psichiatrico presso la dott. ssa E. \_\_\_\_\_. Ciò basta per concludere che la precedente giurisdizione a ragione ha ordinato il rinvio dell’inserito all’amministrazione per delucidare il tema delle affezioni d’ordine psichico e determinarsi nuovamente.” (sottolineatura del redattore) Va qui ancora 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 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.” Inoltre, in una sentenza 8C\_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve , a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti . Tutto ben considerato questa Corte ritiene che le considerazioni esposte siano atte a creare per lo meno lievi dubbi circa la fondatezza della valutazione del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, sulla cui base l'amministrazione ha fondato la decisione impugnata e, successivamente, del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. STCA 35.2015.60 dell'11 novembre 2015, consid. 2.8 in fine; DTF 139 V 225 consid. 5.2). Confrontato ad una questione di natura squisitamente medica, il TCA non è in grado di dirimere, con la necessaria tranquillità, la presente vertenza sulla base della sola documentazione agli atti, ragione per la quale si impone un approfondimento peritale che tenga conto degli aspetti reumatologico, ortopedico, oncologico, psichiatrico e neurologico (per la parasonnia). Nella già citata sentenza 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (cfr. consid. 2.2.) 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 (cfr. anche sentenza 32.2015.6 dell'8 ottobre 2015). Nella concreta evenienza, ritenuto come vi siano degli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”) e ritenuto che 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 ”) si giustifica il rinvio degli atti all'UAI ai sensi della giurisprudenza citata (cfr. anche sentenza 32.2015.6 dell'8 ottobre 2015). La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un approfondimento pluridisciplinare reumatologico, ortopedico, psichiatrico, oncologico e neurologico (per la parasonnia), e si esprima nuovamente sulle eventuali

ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'assicurato. I periti dovranno poi determinarsi sul grado complessivo di incapacità lavorativa. A proposito della valutazione globale delle patologie: cfr. STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013; SVR 2008 IV Nr. 15, STCA 32.2011.236 del 17 giugno 2013. Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. In queste condizioni risulta prematuro esaminare le ulteriori censure del ricorrente, segnatamente quelle concernenti le valutazioni del consulente IP e del servizio d'inchiesta per l'attività professionale indipendente in punto alla ripartizione dell'attività svolta (10% per mansioni di carattere conduttivo e 90% per mansioni a livello esecutivo) e quelle relative al reddito dell'assicurato per il 2013. In queste circostanze non è neppure necessario chiedere al ricorrente la trasmissione dei rapporti medici relativi agli ulteriori accertamenti che avrebbe avuto intenzione di effettuare successivamente all'inoltro del ricorso (cfr. doc. XII, scritto del 20 luglio 2015). Per quanto concerne invece il richiamo degli incarti AI, LAINF dalla \_\_\_\_\_ e LAINF dall'\_\_\_\_\_, va rilevato che essi sono stati prodotti dall'UAI con la risposta di causa. 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). 2.4. 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, che rifonderà le ripetibili al ricorrente (art. 61 lett. g LPGA).

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