

TI_GERICHTE 32.2016.147 vom 26. März 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-03-26, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.147_d20090326

FR: TI_GERICHTE 32.2016.147 du 26 mars 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2016.147 del 26 marzo 2009

Regeste

Dipendente FFS; revisione; rinvio per approfondimento psi (come richiesto da UAI); STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 su disturbi depressivi; ripetibili a CAP

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 12.07.2017 32.2016.147 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 12.07.2017 32.2016.147 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 12.07.2017 32.2016.147

Dipendente FFS; revisione; rinvio per approfondimento psi (come richiesto da UAI); STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 su disturbi depressivi; ripetibili a CAP

Raccomandata Incarto n. 32.2016.147 PC / sc Lugano 12 luglio 2017 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il presidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Daniele Cattaneo con redattrice: Paola Carcano , vicecancelliera segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 9 dicembre 2016 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione su opposizione del 1 novembre 2016 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona in materia di assicurazione federale per l'invalidità considerato in fatto e in diritto che - RI 1, nato il _____ 1965, da ultimo dipendente delle _____ quale artigiano specialista, in data 20 marzo 2008 ha inoltrato una domanda volta all'ottenimento di prestazioni AI per adulti (rendita) indicando di essere stato colpito il 24 settembre 2007 da un " infarto miocardico acuto con applicazione N 4 bypass " (pag. 9-17 incarto AI). Esperiti gli accertamenti medici ed economici del caso (pag. 18-63 incarto AI), l'UAI con decisione dell'11 agosto 2009, preavvisata con progetto di decisione del 26 marzo 2009 (pag. 68-75 incarto AI), ha attribuito all'assicurato una mezza rendita limitatamente al periodo dal 1° settembre 2008 al 31 gennaio 2009 (pag. 79-83 incarto AI). Questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato; - l'assicurato ha inoltrato il 15 gennaio 2010 una nuova domanda volta all'ottenimento di prestazioni AI per adulti (provvedimenti d'integrazione professionale e rendita) indicando la nota patologia cardiaca oltre ad una presa a carico psicologica (pag. 89-97 incarto AI). Esperiti gli accertamenti medici ed economici del caso, in particolare la perizia psichiatrica del 15 luglio 2010 (pag. 163-168 incarto AI) del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, (pag. 98-174 e 178-198 incarto AI), l'UAI con decisione dell'8 ottobre 2010, preavvisata con progetto di decisione dell'11 agosto 2010 (pag. 175-177 incarto AI), ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato, poiché presentava un grado d'invalidità del 17% (pag. 199-202 incarto AI). Anche questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato; - RI 1 il 27 luglio 2011 ha inoltrato una nuova richiesta volta all'ottenimento di prestazioni AI per adulti per un peggioramento del suo stato di salute indicando, oltre alla nota patologia cardiaca, " dolori retrosternali acuti, dolori al cuore, spossatezza, dolori muscolari e articolari " (pag. 208-211 incarto AI). L'UAI con decisione

del 26 settembre 2011, preavvisata con progetto di decisione del 4 agosto 2011 (pag. 216-217 incarto AI), non è entrato nel merito della domanda di prestazioni, poiché l'assicurato non aveva dimostrato che le circostanze oggettive avessero subito una modifica rilevante (pag. 221-222 incarto AI). Pure questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato; - l'assicurato, per il tramite del medico curante dr. med. _____, specialista FMH in medicina generale e medicina del lavoro, il 26 novembre 2012 ha inoltrato una nuova richiesta di revisione della rendita per un peggioramento " della situazione psico-patologica del signor RI 1 ", sulla base del certificato medico di medesima data del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, divenuto suo psichiatra curante a far tempo dal mese di ottobre 2012 (pag. 224-226 incarto AI). Il relativo formulario ufficiale è stato allestito il 19 dicembre 2012 (pag. 243-248). Esperiti gli accertamenti medici ed economici del caso (pag. 249-318 incarto AI), l'UAI con decisioni del 31 ottobre 2013 e del 21 novembre 2013, preavvisate con progetto di decisione del 17 settembre 2013 (pag. 319-322 incarto AI), ha attribuito all'assicurato una mezza rendita dal 1° ottobre 2013, poiché presentava un grado d'invalidità del 53% (pag. 329-335 e 338-346 incarto AI). Anche queste decisioni sono cresciute incontestate in giudicato; - in sede di revisione della rendita avviata nella primavera/estate 2014, su richiesta dei precitati medici curanti, l'assicurato ha indicato un peggioramento psichiatrico accompagnato da problemi neurologici (pag. 358, 362-372). Il relativo formulario ufficiale è stato allestito il 20 giugno 2014 (pag. 374-377). Esperiti gli accertamenti medici ed economici del caso, in particolare la perizia pluridisciplinare (psichiatrico, neurologico, reumatologico, cardiologico ed endocrinologico) del 26 febbraio 2016 del SAM (pag. 512-640) - e dopo aver raccolto il rapporto finale del 1° marzo 2016 del medico SMR, dr. med. _____, (pag. 642-644 e 664-668), l'UAI con progetto di decisione del 31 agosto 2016 (pag. 671-674 incarto AI), dopo aver effettuato il raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità dal 1° gennaio 2015 in avanti (a fronte di un "reddito da valido" di fr. 73'149.-, stabilito sulla base di quanto indicato dalle FFS e di un "reddito da invalido" - determinato sulla base della tabella TA1 2014 skill level (NOGA08), uomini, un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze) - di fr. 66'170.-, ridotto del 30% per la diminuzione di rendimento e del 10% per attività leggere e per altri fattori di riduzione a fr. 41'687.-), ha comunicato all'assicurato, per un verso, che in " base alla nuova documentazione medica acquisita all'incarto in fase di revisione, con particolare riferimento alla perizia esperita dal Servizio Accertamento Medico di _____, risulta che il suo stato di salute ha subito un peggioramento momentaneo dal 25.07.2014 al 31.12.2014, il quale le ha comportato una totale incapacità al lavoro in ogni attività. Dal 01.01.2015 risulta che il suo stato di salute ha beneficiato di un miglioramento, il quale le comporta una riduzione di rendimento del 30% in attività adeguate mentre nell'abituale attività la totale incapacità al lavoro continua " e, per altro verso, che prevedeva di decidere quanto segue: " Dal 01.10.2014 (cfr. l'art. 88a OAI, tre mesi dopo la modifica del grado AI) è assegnato un grado di invalidità del 100% ed un diritto ad una rendita di invalidità e dal 01.05.2015 (cfr. l'art. 88a OAI) lei ha diritto ad una mezza rendita d'invalidità con un grado d'invalidità del 53%. Riduzione: La mezza rendita versata viene ridotta ad un quarto di rendita d'invalidità con un grado di invalidità del 43%. La riduzione della rendita è effettiva dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione. A un ricorso contro la decisione formale verrà negato l'effetto sospensivo ". Con decisioni del 13 ottobre e dell'11 novembre 2016, l'UAI ha confermato quanto precede (pag. 679-687 e 696-697 incarto AI); - nel frattempo, il 2 novembre 2016 il dr. med. _____ ha attestato che l'assicurato era " inabile nella

misura del 100% fino a data da stabilire " (pag. 692 incarto AI). Interpellata dall'UAI al riguardo, la dr.ssa med. _____, medico chirurgo e specialista FMH in psichiatria e psicoterapia - che aveva visitato il ricorrente il 1° febbraio 2016 nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 26 febbraio 2016 del SAM ed aveva diagnosticato (con influsso sulla capacità lavorativa) un disturbo dell'adattamento con ansia umore depresso misto (ICD-10 F43.23) ed un disturbo borderline di personalità (ICD-10 F60.3; cfr. pag. 563 incarto AI) - ha osservato quanto segue: " (...) ho preso visione della nuova documenta-zione ricevuta, ovvero lo scritto del dr. med. _____, dove unicamente certifica che "il sig. RI 1 risulta inabile al lavoro nella misura del 100% fino a data da stabilire". Non viene descritto lo stato psicopatologico che ne determina la presunta inabilità, la terapia in atto, il decorso patologico dal mio consulto, cioè informazioni più esaustive. Di fatto, la nuova documenta-zione, a me pervenuta, assai carente di informazioni, è ininfluenza, su ciò da me già dichiarato. I nuovi dati presentati non producono elementi di reale novità e appare difficile sostenere in tal senso qualsiasi modifica della mia posizione di allora " (pag. 700 incarto AI). Con scritto del 22 novembre 2016, l'UAI ha comunicato all'assicurato che confermava la decisione dell'11 novembre 2016, poiché la nuova documentazione prodotta non apportava alcun elemento medico atto a poter modificare le conclusioni a cui era pervenuta (pag. 701 incarto AI); - contro la precitata decisione dell'11 novembre 2016 RI 1, patrocinato dalla RA 1, ha inoltrato un tempestivo ricorso al TCA postulandone l'annullamento con rinvio degli atti all'UAI " che provvederà a valutare l'evidente peggioramento dello stato di salute del signor RI 1, sulla base di una nuova perizia medica e multidisciplinare " e sollecitando l'attribuzione di " una rendita d'invalidità completa dall'01.12.2016, ma non inferiore al 50% a far tempo dal 01.12.2016 ", protestando " tasse, spese e ripetibili " (doc. I, pag. 3). Il patrocinatore del ricorrente contesta l'operato dell'amministrazione per essersi fondata prevalentemente " su rapporti medici vecchi di un anno ", " sulla perizia pluridisciplinare effettuata a cavallo tra dicembre 2015 e gennaio 2016 ", sottolineando che " in mancanza di una visita più recente non sia possibile tenere conto delle attuali problematiche, in particolare a livello psichico " e che " se si tratta di valutare un peggioramento dello stato di salute è imprescindibile tenero conto delle problematiche attuali e quindi avere a disposizione una documentazione contenente visite recenti e rapporti medici attendibili e condivisibili " (n.d.r.: le sottolineature non sono della redattrice). A suffragio delle proprie argomentazioni produce il certificato medico del 5 dicembre 2016 del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. C). Il rappresentante dell'assicurato puntualizza che il precitato psichiatra, che ha in cura il suo assistito dall'11 ottobre 2012 per una sindrome depressiva ricorrente - al 5 dicembre 2016, di grado medio-grave - considera il suo assistito " inabile al lavoro nella misura del 100% in qualsiasi attività dal mese di novembre 2013 " e ribadisce che " la perizia pluridisciplinare effettuata ormai un anno fa, può aver evidenziato un miglioramento del quadro clinico che deve però essere considerato solo transitorio nel contesto della menzionata sindrome depressiva ricorrente ". Da ultimo, il patrocinatore del ricorrente osserva che " non si capisce su che base l'AI ha effettuato una ulteriore riduzione del grado di invalidità calcolato al 53% portandolo al 43% e attribuendo così soltanto un quarto di rendita dal 01.12.2016 " (doc. I, pag. 2); - con risposta di causa del 17 gennaio 2017 (doc. IV), l'UAI ha proposto la reiezione del ricorso, confermando la correttezza della decisione dell'11 novembre 2016, sulla base del rapporto dell'11 gennaio 2017 del medico del SMR, dr. med. _____ (doc. IV 1); - in data 27 gennaio 2017 il patrocinatore dell'assicurato, puntualizzato che l'UAI " per il tramite dell'annotazione 11.01.2017 del SMR (Dr.

_____) infine riconosce che per tenere conto delle attuali problematiche, in particolare a livello psichico, espresse dal comunque - preoccupante - referto 05.12.2016 del Dr. _____ occorra sottoporre l'assicurato ad una valutazione di decorso da parte del SAM ", ha chiesto " - in linea con l'UAI- un aggiornamento peritale , posto che attualmente il signor RI 1 è inabile a svolgere qualsiasi attività lavorativa " (doc. VI); - in data 13 giugno 2017 il TCA ha segnalato all'UAI che il certificato medico del 5 dicembre 2016 dello psichiatra curante: " deve essere sottoposto per una presa di posizione al dr.ssa med. _____, medico chirurgo e specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha visitato il ricorrente il 1° febbraio 2016 nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 26 febbraio 2016 del SAM (incarto AI, pag. 512 e ss.). La perita del SAM dovrà pure prendere posizione sull'annotazione dell'11 gennaio 2017, allegata alla risposta di causa del 17 gennaio 2017 (e, quindi, già in vostro possesso), del medico SMR, dr. med. _____, giusta il quale "(..) In considerazione dell'attestato peggioramento psichiatrico risulta indispensabile sottoporre l'assicurato ad una valutazione di decorso da parte del SAM (...)" (doc. IV 1) ." Il TCA ha quindi assegnato un termine sino al 28 giugno 2017 - prorogato su istanza dell'UAI al 10 luglio 2017 (doc. XI e XII) - all'amministrazione per procedere come indicato e per presentare osservazioni scritte alla documentazione medica in questione (doc. X); - con scritto 4 luglio 2017, pervenuto al TCA in data 10 luglio 2017, l'UAI ha chiesto la retrocessione degli atti per procedere ad un approfondimento medico psichiatrico (segnatamente ad una valutazione di decorso) che dovrà inoltre contenere una descrizione dell'evoluzione dello stato di salute come anche delle terapie proponibili ed esigibili nel caso concreto (doc. XIII), sulla base della presa di posizione del 27 giugno 2017 della dr.ssa med. _____, del 28 giugno 2017 del SAM (doc. XIII 1 e 2); - la presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015; STF 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011); - secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46). Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI 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 LPGGA, 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). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007

Tribunale federale, TF), per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). - per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGGA (fra le tante cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143). Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGGA stabilisce che "Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o

se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI; - per costante giurisprudenza (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, 1994, pag. 332); - nel caso in esame, dalle tavole processuali (cfr., in particolare, doc. C, doc. IV1; doc. XIII 1 e 2) emerge effettivamente la necessità di procedere ad una valutazione di decorso dello stato di salute psichico dell'assicurato, da parte della dr.ssa med. _____, medico chirurgo e specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, che lo ha visitato il 1° febbraio 2016 nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 26 febbraio 2016 del SAM; - in tale contesto il TCA ritiene utile segnalare la recentissima STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017, in particolare il considerando 6.2, secondo il quale: " I disturbi depressivi di grado da lieve a medio - siano essi ricorrenti o episodici - vanno ritenuti secondo la prassi quali malattie invalidanti solo se sono resistenti alla terapia in modo significativo (cfr. fra tante, sentenza 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3 con riferimenti; DTF 140 V 193 consid. 3.3 pag. 197 con riferimenti). Solo in questa costellazione - infrequente, visto che dal punto di vista dell'esperienza psichiatrica consolidata questi disturbi sono generalmente trattati efficacemente dal profilo terapeutico - sono ossequiate le esigenze normative dell'art. 7 cpv. 2 seconda frase LPGa, il quale richiede una valutazione dell'incapacità al guadagno il più possibile oggettiva (cfr. anche DTF 141 V 281 consid. da 3.7.1 fino a 3.7.3 pag. 295 seg.). L'invalidità può essere ritenuta solo se accertata secondo le regole della verosimiglianza preponderante in uso nelle assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1, pag. 438) e non può essere ammessa per il semplice motivo che non può essere esclusa. Inoltre la terapia deve essere stata

regolarmente seguita, nel senso che le possibilità di trattamento ipotizzabili ed esigibili dal punto di vista medico specialistico (sia di natura ambulatoriale che ospedaliera) devono essere state utilizzate in modo ottimale e costante da un paziente collaborativo (cfr. sentenze 9C_841/2016 dell'8 febbraio 2017 consid. 3.1; 9C_551/2016 del 5 dicembre 2016 consid. 5.3.1 e 9C_233/2016 del 14 novembre 2016 consid.6.1) "; - eseguita la valutazione di decorso dello stato di salute psichico dell'assicurato da parte della dottoressa _____ , è necessario che i periti del SAM, che hanno visitato il ricorrente nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 26 febbraio 2016, procedano di nuovo - previo, se del caso, ad un aggiornamento peritale nelle proprie specialità - ad un'esauriente discussione, al termine della quale si esprimeranno nuovamente in merito alla valutazione medico-teorica globale della sua capacità lavorativa ed all'eventuale cumulo (parziale o totale) delle restrizioni da lui presentate in ambito somatico e psichico. A tal proposito è utile ricordare che lo stato di salute dell'assicurato dovrà essere dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dall'amministrazione, prima dell'emanazione di una nuova decisione, la cui data segnerà - se del caso - il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 140 e 129 V 4; cfr. pure STF 9C_863/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.2.2 e 8C_792/2014 del 23 marzo 2015 consid. 3.3); - in STF 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento (" Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen "; cfr STCA 32. 2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi erano delle carenze negli accertamenti 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); - nel caso concreto, in virtù della giurisprudenza appena citata si giustifica senz'altro il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda, come detto, ad una valutazione di decorso dello stato di salute psichico dell'assicurato ed alla conseguente nuova valutazione medico-teorica globale della sua capacità lavorativa rendendo in seguito, previa valutazione da parte anche del SMR, una nuova decisione sul diritto di RI 1 a prestazioni AI; - secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.- e 1'000.- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; 8C_393/2008 del 24 settembre 2008); - visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- sono poste a carico dell'Ufficio AI; - all'insorgente, patrocinato in causa dalla RA 1 (al riguardo va ricordato che l'indennità per ripetibili è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, indipendentemente dal fatto che lo stesso sia oneroso, purché non si tratti di una rappresentanza di un ente pubblico nell'espletamento del proprio compito: Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2014, p. 608; G. Wilhelm, in: Zünd/Pfiffner

Rauber [ed.], op. cit., n. 4 ad § 34; cfr. altresì STCA 35.2016.33 del 2 agosto 2016, consid. 2.6), vanno riconosciute ripetibili per fr. 1'800.- (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi . § La decisione dell'11 novembre 2016 è annullata. §§ Gli atti sono rinviati all'Ufficio AI affinché proceda conformemente ai considerandi. 2. Le spese di procedura di fr. 500.- sono poste a carico dell'Ufficio AI che verserà al ricorrente fr. 1'800.- per ripetibili (IVA compresa). 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente Il segretario Daniele Cattaneo Gianluca Menghetti

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