

TI_GERICHTE 32.2017.168 vom 8. Juni 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-06-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.168

FR: TI_GERICHTE 32.2017.168 du 8 juin 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2017.168 del 8 giugno 2018

Regeste

Soppressione del diritto a una rendita in via di revisione, visto il miglioramento delle condizioni di salute. Alla luce della documentazione medica prodotta, il TCA annulla la decisione e rinvia per ulteriori accertamenti medici

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l’Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un’incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in: *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 p. 254-257). Con una pronuncia del 16 dicembre 2004 (I 770/03), pubblicata in DTF 131 V 49, l’Alta Corte, confermato che l’esame dell’effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell’obbligo di prestazione sull’assicurazione per l’invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell’esercizio di un’attività risultano da un’esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell’assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l’anamnesi; l’assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l’assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell’assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l’assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull’ipersonnia, nella quale l’Alta Corte si è così espressa: “ (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I

9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi (cfr. comunicato stampa del 17 giugno 2015, in: www.bger.ch). La capacità di lavoro deve essere valutata nell’ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Infine, in due recenti sentenze del 30 novembre 2017 (DTF 143 V 409 e 143 V 418), il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la nuova procedura illustrata nella DTF 141 V 281 deve ora essere applicata all’esame di tutti i casi nei quali è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, in particolare anche nell’eventualità di depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr. comunicato stampa del 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch). Alla luce di questa nuova prassi, dunque, per tutte le malattie psichiche, comprese le depressioni da lievi fino a medio-gravi, occorrerà applicare una procedura probatoria fondata su indicatori. Ciò comporta, in particolare, la modifica della precedente giurisprudenza del TF per la quale le depressioni da lievi fino a medio-gravi erano ritenute invalidanti solo nel caso in cui fosse stata dimostrata una “resistenza alle terapie”, ponendo ora quale questione decisiva, per tutte le affezioni psichiche, quella di sapere se la persona interessata riesca a presentare, sulla base di un metro di valutazione oggettivo, la prova di un’inabilità lavorativa invalidante 2.6. Nel caso concreto, a seguito della domanda di prestazioni del settembre 2010 l’Ufficio AI, dopo aver interpellato i medici che avevano in cura l’assicurato a dipendenza dei postumi del grave incidente della circolazione del 24 marzo 2010, ha concluso che, a dipendenza delle problematiche residue alle anche, sulla base anche delle conclusioni dell’assicuratore contro gli infortuni, l’assicurato andava considerato completamente inabile al lavoro dal momento dell’incidente. Ritenuto come egli risultasse ancora in cura, l’Ufficio AI, con decisione del 16 giugno 2011, gli ha riconosciuto una rendita intera d’invalidità “provvisoria” (doc. AI 37). Nel novembre 2011 l’amministrazione ha avviato una revisione della prestazione. Dal richiamo della documentazione dell’assicuratore infortuni, è emerso che la _____, con decisione su opposizione del 6 luglio 2012, l’aveva considerato nuovamente abile in un’attività idonea dal giugno 2011, con un conseguente grado di invalidità del 9% (doc. AI 54, 57 e 66). L’Ufficio AI ha quindi interpellato l’ortopedico curante dr. _____ (per il quale l’assicurato era abile al 50% in un’attività adeguata; cfr. certificato 21 giugno 2012, doc. AI 65), la curante dr.ssa _____, internista (doc. AI 79), e ha fatto esperire una valutazione psichiatrica dal dr. _____ del _____, il quale, nel rapporto del 13 agosto 2012 (completato in data 2 gennaio 2013), ha concluso ritenendo l’assicurato completamente inabile (cfr. doc. AI 67, 75). Alla luce di questi accertamenti, l’Ufficio AI ha fatto esperire una perizia psichiatrica dal _____. Con referto 12 maggio 2015 il _____ (dr.ssa _____), posta la diagnosi invalidante di “Episodio depressivo

medio sviluppatosi da un disturbo da disadattamento (ICD 10 F 32.1), in remissione completa” ha concluso che in qualsiasi attività lavorativa l’assicurato era da considerare dal 24 febbraio 2011, data della presa a carico al _____, inabile completamente, dal 18 giugno 2013 (interruzione della presa a carico psichiatrica) nella misura del 50% e dal 28 aprile 2015 (valutazione peritale) nella misura del 20% (doc. AI 99). Alla luce delle nuove certificazioni dell’ortopedico curante (per il quale l’assicurato era nuovamente inabile in misura completa, doc. AI 106, 107), l’amministrazione ha incaricato il dr. _____, specialista in reumatologia, e il _____ di effettuare una perizia reumatologica rispettivamente psichiatrica. Nella perizia del 1° giugno 2016 il dr. _____ ha posto le diagnosi di: “7.1 con ripercussioni sulla capacità lavorativa • Coxalgia sinistra su/con: o Incidente della circolazione del 24.03.2010 con lussazione e frattura posteriore dell'anca sinistra o Stato dopo riposizione chiusa il 24.03.2010 o Stato dopo osteosintesi parete posteriore sinistra con due placche Matta il 02.04.2010 o Iniziale coxartrosi • Moderata sindrome lombovertebrale su/con: o Carico in ergonomico sulla I diagnosi. 7.2 senza ripercussioni sulla capacità lavorativa • Stato dopo frattura dell'astragalo di drt il 24.03.2010 • Stato dopo frattura del piede ds trattato con scarpa di Allgöwer il 24.03.2010 • Frattura con avulsione di piccoli frammenti ossei a livello del margine postero-inferiore dell'osso cuboideo destro il 24.03.2010 • Ipertensione arteriosa trattata • Episodio depressivo medio sviluppatosi da un disturbo di disadattamento in remissione completa.” e in merito alla capacità lavorativa ha concluso: “ (...) 8.4 Descrivere l'evoluzione della capacità lavorativa: valutare da quanto tempo l'assicurato si trovi nelle condizioni attuali ed se dall'inizio della malattia ad oggi vi siano state delle fasi di miglioramento o di peggioramento. Per quanto concerne il precedente lavoro di operaio, che descriveremmo come pesante, il paziente presenta un'inabilità lavorativa del 100% dal giorno dell'incidente, 24.03.10, diverso è quanto concerne un'attività veramente leggera, dove il paziente non debba sollevare più di 10kg, dove possa cambiare postura di tanto in tanto, stare seduto per non più di un paio di ore, non debba camminare per più di 100 metri o salire scale a pioli il paziente è abile in maniera completa. Fa stato da questo punto di vista la visita di chiusura della _____, che può anche essere usata come data della ripresa dell'abilità lavorativa in ambito leggero fissata dal dr. _____ il 01.06.2011. Ricordo che tale valutazione è stata oggetto di ricorso dalla parte del paziente, il Tribunale Federale delle Assicurazioni ha poi dato ragione alla _____. 8.5 Se si stabilisce, a partire dalla data della perizia, un 'inabilità lavorativa diversa da quella certificata dal curante o da quella attestata da un perito precedente, si descrivano i dati soggettivi che dimostrano un cambiamento dello stato di salute attuale rispetto al passato. Personalmente attesto la stessa inabilità lavorativa data dal medico della _____, come detto dal punto di vista di malattia reumatologica non vi è un peggioramento della capacità lavorativa.” Per quanto riferito ai motivi della riduzione della capacità lavorativa nell’attività abituale di operaio, lo specialista ha motivato la riduzione della stessa con il fatto che l’assicurato avrebbe dovuto stare spesso in piedi ed anche sollevare pesi, ciò che non gli era più possibile. Richiesto sull’attività adatta, nella quale aveva una capacità piena, si è così espresso: " Un'attività adeguata è quella dove il paziente possa cambiare a volte postura, dove non debba stare seduto per più di 2 ore, dove non debba camminare per più di 100 metri, dove non debba stare in piedi continuamente per più di mezz'ora, dove non debba lavorare in anteflessione o inginocchiato; dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg. Non presenta invece limitazioni per quanto concerne lavori di precisione con gli arti superiori, è in grado qui anche di eseguire lavori medio-pesanti, basta che possa stare seduto; in questi lavori presenta una capacità del

100%.” Il perito ha ancora osservato che il paziente presentava “importanti discrepanze durante tutto l'esame, arrivato con la stampella ma nello studio ha camminato senza stampelle, con una zoppia di scarico a sx. Durante l'anamnesi è stato seduto di traverso sulla sedia, guardandosi bene dal piegare l'anca oltre i 70°, improvvisamente nel vestirsi e svestirsi l'ha piegata a sx oltre 120-130°, ciò che ha fatto anche durante l'esame clinico; anche qui quando l'ho messo seduto sul lettino per visitare la schiena, colonna cervicale, polmoni e spalle, il paziente ha mostrato tranquillamente una flessione di 90° dell'anca, senza ulteriori dolori”. Ha quindi condiviso il parere dei colleghi della Clinica di _____, per i quali l'assicurato presentava un'importante esacerbazione soggettiva dei dolori, rispetto ad un esame oggettivo blando (doc. AI 121). Quanto alla situazione psichiatrica, la dr.ssa _____, del _____, nella valutazione peritale dell'8 giugno 2016, ha posto le seguenti diagnosi: " 7.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro Episodio depressivo medio sviluppatosi da di un disturbo da disadattamento (ICD 10 F 32.1), in remissione incompleta Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro: Nihil” E concluso quanto segue: " C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITA' DI LAVORO 1. Descrizione di risorse e deficit — secondo schema MINI ICF — APP- 1. Rispetto delle regole: grado di disabilità nessuno : riesce a mantenere gli impegni assunti e ad essere puntuale 2. Organizzazione dei compiti: grado di disabilità lieve: come già sottolineato la scorsa valutazione ä in grado di gestire i compiti quotidiani ma necessita di essere spronato dalla moglie 3. Flessibilità: grado di disabilità lieve alterna momenti in cui mostra una maggiore irritabilità e nervosismo nel caso gli vengano fatte nuove richieste ad altre che riesce maggiormente a tollerare la situazione; riesce poi ad affrontare la situazione 4. Competenze: grado di disabilità lieve: mantiene un atteggiamento passivo che lo porta a non investire le proprie competenze 5. Giudizio: grado di disabilità nessuno: analisi del piano di realtà conservato 6. Persistenza: grado di disabilità moderato: mantiene un atteggiamento in cui deve essere stimolato dai familiari affinché prosegua il proprio lavoro, altrimenti prevale un atteggiamento passivo e regressivo che tende a portarlo alla inattività. 7. Assertività: grado di disabilità lieve: sa esprimere il proprio parere ma a volte in maniera inadeguata utilizzando un tono alto di voce che la famiglia tollera, se l'altro non è d'accordo si allontana. 8. Contatto con gli altri: grado di disabilità nessuno: mantiene i contatti con i familiari e i parenti, conversa con le persone presenti 9. Integrazione nel gruppo: grado di disabilità nessuno: partecipare nelle attività svolte all'interno della famiglia, ad esempio accompagna il figlio a calcio agli allenamenti, fa cena con amici o familiari 10. Relazioni intime: grado di disabilità nessuno 11. Attività spontanee: grado di disabilità lieve: le attività vengono fatte con i figli ma deve essere stimolato dai familiari. 12. Cura di sé: grado di disabilità nessuno: provvede alla cura di sé in maniera autonoma, solo talvolta deve essere stimolato 13. Mobilità: grado di disabilità nessuno: per gli aspetti psichiatrici: guida l'auto per brevi tragitti. Solitamente non ha mai utilizzato i mezzi pubblici, preferendo l'uso dell'automobile. Non sono presenti limitazioni psichiatriche che possono impedire l'uso dei mezzi di trasporto pubblici. 2. Conclusioni Per quanto riguarda la CL, si confermano le conclusioni della valutazione del 2015 ovvero che nella sua precedente professione o in qualsiasi attività medico teorica la capacità lavorativa per i soli aspetti psichiatrici sia nulla a parure dal 24.02.2011, data della presa a carico al _____; successivamente dal 18 giugno 2013 la capacità lavorativa risulta ridotta al 50% intesa come orario ridotto (ovvero dalla data di interruzione della presa a carico psichiatrica) e del 80% intesa come orario ridotto dal 28.04.2015. Come casalingo non sono emerse difficoltà significative e quindi la capacità lavorativa appare completa. Il tentativo da parte della

Sig.ra _____ di attivare l'assicurato in un provvedimento di integrazione con un'iniziale accertamento professionale si è scontrato a mio avviso con una resistenza rispetto ad una sua attivazione in un assicurato che ormai da anni è uscito dal ritmo produttivo e non per un peggioramento del quadro psichiatrico. La prognosi appare incerta poiché egli gode da 4 anni di una rendita intera e vi è una assente motivazione verso una ripresa lavorativa." (doc. AI 122) Alla luce di queste conclusioni, visto il rapporto finale del 2 marzo 2017 del medico SMR dr. _____ - il quale ha condiviso le conclusioni peritali, segnalando l'intervento di un miglioramento delle condizioni dell'assicurato a far tempo da giugno 2013 (abilità del 50% in attività adeguate) e dal 28 aprile 2015 (abilità dell'80%), ritenuta adeguata " un attività che permetta all'assicurato di cambiare posizione, che non lo costringa a stare seduto per più di due ore " (doc. AI 126) - l'amministrazione ha interpellato il consulente professionale, il quale, con rapporto del 21 giugno 2017, appurata la possibilità per l'assicurato di reperire un'attività adeguata al suo stato di salute semplice e ripetitiva da esercitare nella misura dell'80%, ha individuato le varie attività esigibili e ha stabilito, mediante il consueto confronto dei redditi, un grado di invalidità del 32% (doc. AI 129). Di conseguenza l'amministrazione, con progetto di decisione del 30 giugno 2017 dappima e la decisione impugnata in seguito, ha statuito come segue: " (...) Esito degli accertamenti: In novembre 2011 il nostro ufficio ha effettuato una revisione d'ufficio. Dalla documentazione medica acquisita all'incarto, con particolare riferimento alla perizia esperita al Centro _____, risulta che lo stato di salute dell'assicurato ha beneficiato di un miglioramento, il quale gli ha comportato una capacità al lavoro del 50% in attività adeguate dal 18.06.2013 al 27.04.2015 e dell'80% sempre in attività adeguate dal 28.04.2015 in avanti. Nell'abituale attività lavorativa la totale incapacità al lavoro continua. A tale proposito abbiamo provveduto ad effettuare il raffronto dei redditi per determinare il grado d'invalidità dal 28.04.2015 in avanti. Riconoscendo che il confronto dei redditi dovrebbe avvenire nell'anno 2017, non avendo i dati statistici aggiornati, si effettua il calcolo per l'anno 2015. Salario da valido Al momento dell'insorgenza del danno alla salute l'assicurato era iscritto in disoccupazione alla ricerca di un'attività lavorativa, quindi per determinare il reddito da valido si fa riferimento alle tabelle statistiche RSS (tabella TA1 - attività semplici e ripetitive, valore mediano). L'assicurato sarebbe pertanto stato in grado di percepire un salario annuo di fr. 66'945.- per il 2015. Salario da invalido In conformità della vigente giurisprudenza, in considerazione del fatto che la gamma di attività esigibili è piuttosto vasta, al fine di determinare il reddito da invalido di un assicurato possibile far riferimento ai rilevamenti statistici ufficiali (tabelle RSS), editi periodicamente dall'Ufficio federale di statistica. A seguito della vigente sentenza del TCA del 12 giugno 2006 e delle indicazioni della Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni è stata stabilita l'inapplicabilità dei valori regionali (tabella TA13) che erano stati utilizzati finora. La presente giurisprudenza impone quindi che il reddito da invalido vada d'ora in poi determinato in applicazione dei valori nazionali (tabella TA1). Utilizzando i dati forniti dalla citata tabella elaborata dall'Ufficio federale di statistica l'assicurato nel 2015 avrebbe potuto realizzare un salario annuo di fr. 66'945 (attività semplici e ripetitive, valore mediano). Su quest'importo può essere operata una riduzione fino ad un massimo del 25% ad assicurati che, a causa della particolare situazione personale e professionale, non possono mettere a frutto la loro capacità di guadagno residua e che pertanto non riescono a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato. Con una capacità al lavoro dell'80% e con diminuzione del 15% per attività leggere e altri fattori di riduzione, il salario da invalido è di fr. 45'523.--. Grado d'invalidità Dal raffronto fra il reddito da valido (66'945) e

quello da invalido (45'523) risulta una perdita di guadagno del 32%. Essendo il grado d'invalidità inferiore al 40%, il diritto alla rendita non esiste. Misure d'ordine professionale, volte al conseguimento di una qualifica di base, non risultano attuabili. Si resta a disposizione, su specifica richiesta, per un aiuto al collocamento. Decidiamo pertanto: La soppressione della rendita è effettiva dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione." (doc. A) Il ricorrente contesta la valutazione medico-teorica dell'Ufficio AI, producendo nuova documentazione medica. 2.7. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag.

353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 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).

2.8. Nella perizia psichiatrica dell'8 giugno 2016 la dr.ssa _____, del _____, posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ Episodio depressivo medio sviluppatosi da un disturbo da disadattamento (ICD 10 F 32.1), in remissione incompleta” , effettuata un'approfondita valutazione del caso con descrizione di risorse e deficit secondo schema MINI ICF- APP (in base al quale vi era un grado di disabilità moderato unicamente nella risorsa “persistenza” e di grado lieve in “organizzazione dei compiti, flessibilità, competenze, assertività, attività spontanee”, mentre nelle altre risorse non vi era compromissione alcuna), ha concluso confermando la valutazione del 2015. Secondo la perizia, nella sua precedente professione o in qualsiasi attività medico teorica, la capacità lavorativa, per i soli aspetti psichiatrici, era da considerare nulla a partire dal 24 febbraio 2011, data della presa a carico al _____; successivamente era del 50% dal 18 giugno 2013 (ovvero dalla data di interruzione della presa a carico psichiatrica) e in seguito, dal 28 aprile 2015, dell'80% intesa come orario ridotto (doc. AI 122). Queste conclusioni, fatte proprie dal SMR, sono state contestate dall'assicurato che ha prodotto una certificazione del 25 ottobre 2017 del dr. _____, psichiatra, affermate: “ Egregi Signori, ritengo importante aggiornarvi sulle condizioni di salute del paziente in epigrafe, per il quale avete emesso una decisione di soppressione di rendita di invalidità, in data 11 settembre 2017. Seguo il paziente dal 2011 per una sindrome depressiva ricorrente correlata ad una sindrome post-traumatica da stress. Si tratta di un uomo di 43 anni, originario del _____, in Ticino dal 1993; sposato con 4 figli. Nel 2010 è stato vittima di un grave incidente automobilistico, da cui è uscito con pesanti ripercussioni sul piano fisico ma ha anche sviluppato nel tempo una forte sintomatologia ansiosa, secondaria al trauma dell'incidente. Da quel momento il paziente non ha più potuto svolgere la sua attività di operaio e da allora è inattivo. Non mi esprimo sui problemi ortopedici del paziente perché non è di mia competenza. Sul piano prettamente psichiatrico, in questi anni il suo quadro clinico è stato molto variabile, contraddistinto dall'alternanza di periodi sintomatici particolarmente intensi a periodi di parziale miglioramento, in cui si riduceva anche la frequenza dei nostri incontri. I periodi sintomatici purtroppo sono particolarmente invalidanti: il paziente presenta crisi ansiose parossistiche, che cura con del Temesta al bisogno, forte irritabilità, crisi di pianto, irrequietezza, disturbi del sonno con incubi e momenti di insonnia prolungata, anedonia, apatia e profondo senso di colpa e inadeguatezza, sentendosi un peso per la famiglia e non riuscendo più a ritrovare il suo ruolo di capofamiglia. In questi ultimi mesi ho assistito ad un progressivo peggioramento del suo stato di salute, con una riesacerbazione ansiosa e depressiva, sicuramente legata a situazioni spiacevoli avvenute nel suo contesto familiare; in questi ultimi due anni infatti il paziente ha dapprima perso il proprio padre; in seguito è venuto a mancare il proprio suocero, a cui il signor RI 1 era molto legato. Nel corso dell'ultimo anno inoltre la moglie ha presentato una malattia oncologica, da cui si sta rimettendo solo ora. Tutti questi fattori pesanti hanno fragilizzato in maniera significativa l'equilibrio psichico del paziente, comunque già precario, molto provato anche dai dolori e dai propri limiti fisici, ancora legati all'infortunio

del 2010. I periodi di remissione di questi anni erano molto parziali e purtroppo non compatibili con un inserimento lavorativo, neanche parziale, proprio per la mancanza di una tenuta nel tempo e di una stabilità minima, necessarie per un eventuale impegno lavorativo. Al momento attuale, vista la fase critica e la sua sintomatologia acuta, il paziente non è in grado di svolgere alcuna attività lavorativa neanche minima; la moglie mi riferisce delle difficoltà del marito anche nello svolgimento di compiti semplici a casa, che sono quindi tutti delegati alla signora. Nel breve e medio termine considero il paziente inabile al 100%; nel lungo termine le capacità residue del paziente saranno da rivalutare ma ritengo molto difficile e poco realistico un percorso di reinserimento lavorativo anche parziale. Vi trasmetto anche la sua attuale terapia farmacologica, che ho dovuto incrementare di recente: Valdoxan 25 mg/d, Quetiapine XR 100 mg/d, Demetrin 10 mg/d, Somnium 1 cp/d, Dalma-dorm 30 mg/d, Temesta exp. 2,5 mg in riserva 2-3 cp /d.” (doc. D) Tale certificazione è stata sottoposta al dr. _____, psichiatra del SMR, il quale, nell’Annotazione 7 novembre 2017, ha ritenuto necessario procedere ad una valutazione di decorso tramite il _____, ritenuto come la nuova documentazione rendeva “verosimile una modificazione dello stato di salute psichico, con modificazione significativa dei medicinali prescritti” (doc. VII/2). Alla luce di tale documentazione, questo Tribunale concorda con la necessità - per altro condivisa inizialmente dall’assicurato, il quale aveva tuttavia condizionato il suo consenso al rinvio atti al ripristino della rendita retroattivamente (doc. IX) - di procedere ad una nuova valutazione psichiatrica tramite il _____. Viste le parziali divergenze dal punto di vista diagnostico tra lo psichiatra curante e i periti, le differenti conclusioni riguardo alla capacità lavorativa residua dell’assicurato, così come la modifica della terapia medicamentosa, appare ipotizzabile un’evoluzione delle condizioni psichiche verosimilmente antecedente alla decisione in esame, che avrebbe dovuto essere convenientemente indagata prima dell’emissione del provvedimento oggetto di ricorso. Considerato altresì come la perizia del _____ risale al giugno 2016 e, quindi, ad oltre un anno prima della decisione impugnata, l’amministrazione dovrà stabilire se la situazione dal profilo psichico è rimasta invariata o se è in un primo tempo migliorata, per poi, se del caso, nuovamente peggiorare. D’altra parte, contrariamente a quanto pretende l’assicurato, la certificazione dello psichiatra curante non consente (ancora) di pronunciarsi sulle sue effettive condizioni psichiatriche e sulle relative ripercussioni sulla capacità lavorativa e non può quindi considerarsi esaustiva. In effetti, a prescindere dal fatto che il dr. _____ non ha fatto alcun riferimento alla dettagliata e approfondita valutazione del _____, non contestandone quindi le conclusioni e le argomentazioni, il rapporto del 25 ottobre 2017 non pone una diagnosi chiara secondo ICD-10, non si pronuncia con sufficiente chiarezza sul grado di inabilità lavorativa e sull’evoluzione della stessa nel tempo e inoltre non motiva espressamente le ragioni per le quali all’assicurato non sarebbe permessa una ripresa, seppur parziale, dell’attività lavorativa. Lo stesso è quindi bisognoso di ulteriore approfondimento, ragione per cui una nuova valutazione del _____ appare imprescindibile. Non è peraltro superfluo sottolineare che 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 (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, 9C_9/2010 del 29 settembre 2010; cfr. anche DTF 125 V 353 consid. 3a.cc). Per quanto concerne invece l’aspetto somatico, il ricorrente ha prodotto un certificato del dr. _____ ortopedico curante, il quale, poste le diagnosi di “Dolori

persistenti emioma di sinistra in stato dopo osteosintesi di una frattura dell'acetabolo sinistro nel 2010; sindrome depressiva”, ha illustrato come il paziente lamentasse dolori tutti i giorni localizzati “ a livello della schiena bassa a sinistra, a livello dell'anca e della coscia a volte irradianti fino al ginocchio anche più distale” . All'esame clinico ha rilevato che l'assicurato deambulava con una stampella, senza la quale faceva fatica a stare in piedi e a caricare completamente. Da sdraiato alla palpazione aveva un forte dolore, ma molto diffuso peritrocanterico posteriormente al trocantere, ma anche in tutta la zona bassa lombare come anche alla coscia, alla quale sosteneva di avere una iposensibilità importante in tutta la zona. Per il resto la mobilità dell'anca era buona anche se nelle fasi terminali molto dolorosa. Dalle radiografie del 18 ottobre 2017 era rilevabile un'osteosintesi eseguita in modo corretto, pochi segni per un'artrosi e nessuna progressione rispetto alle radiografie precedenti. Ha poi concluso: “ Valutazione e procedere Dal mio punto di vista questi disturbi sono reali o almeno così percepiti dal paziente, motivo per cui capisco che lui effettivamente in questo stato non riesce più a tornare a lavorare. Inoltre in data odierna lo vedo molto rallentato e ritardato è difficile fagli fare esercizi per cui anche questo sicuramente non permette, dal mio punto di vista, una reintroduzione nel mondo del lavoro per qualsiasi tipo al momento attuale. Tempo fa ho eseguito una infiltrazione dell'anca dove un certo miglioramento c'era stato, motivo per il quale ho proposto comunque quindi una protesi totale dell'anca, proprio per cercare di migliorare almeno qualcosa del suo stato di salute. La sua ansia in generale non gli permette attualmente di sottoporsi ad un intervento chirurgico. È inoltre seguito inoltre dal Dr. _____, psichiatra, che probabilmente dovrà prendere posizione sulla situazione. Con il permesso del paziente inviamo tale lettera al Dr. _____ e all'Assicurazione invalidità. Da parte mia non prevedo ulteriori controlli presso la mia consultazione ma rimango a disposizione in caso di necessità.” (doc. C) La certificazione è stata sottoposta al dr. _____ del SMR, il quale, con Annotazione del 6 novembre 2017, ha affermato: " Le osservazioni avanzate dall'assicurato in sede di ricorso al TCA riguardano sia la problematica somatica ortopedica che quella psichiatrica. Come medico SMR incaricato delle valutazioni somatiche, rispondo unicamente ai contenuti del rapporto medico del Dr. med. _____ del 18.10.2017, demandando ai colleghi psichiatri SMR il compito di valutare le altre certificazioni. Dal suddetto rapporto emerge un'anamnesi recente (si tratta quindi di disturbi soggettivi riferiti) caratterizzata dalla persistenza di algie interessanti la regione lombare a sinistra, anca e la coscia, sintomi che si irradierebbero anche al ginocchio o più distalmente. L'esame obiettivo condotto dal collega _____ pone in evidenza una deambulazione con stampelle ed una dolorabilità alla palpazione sia lombare che peritrocanterica. Tuttavia, dallo stesso esame si evidenzia che l'assicurato riesce a sollevare l'arto inferiore sinistro contro resistenza, mentre la mobilità dell'anca è buona, anche se riferita come molto dolorosa nelle fasi terminali. Per contro, l'esame radiografico del bacino spondilico e anca assiale di sinistra, dello stesso giorno, mette in luce un'osteosintesi eseguita in modo corretto, pochi segni per un'artrosi ma, soprattutto, nessuna progressione rispetto alle radiografie precedenti. O ra, alla luce di quanto appena esposto, è sorprendente constatare come da un lato il collega _____ affermi che i disturbi riferiti dal paziente sono reali, mentre dall'altro scrive: "...o almeno così percepiti dal paziente". Ritengo, inoltre, fuorviante che il collega _____ definisca "rallentato e ritardato" l'assicurato al momento della visita, ragione per cui egli non sarebbe stato in grado di eseguire degli esercizi e, per lo stesso motivo, non sarebbe abile in alcuna attività lavorativa. Mi permetto di sottolineare come in queste affermazioni non vi sia traccia di alcuna valutazione

ortopedica, se si esclude la radiografia che non oggettivava alcuna alterazione che non fosse già nota e valutata, oltre a documentare la correttezza dell'osteosintesi e pochi segni di artrosi. Il collega _____ non descrive la situazione clinica osservata come una condizione patologica nuova od oggettivamente peggiorata, ossia suffragata da nuovi elementi diagnostico-clinici, e non potrebbe farlo, vista la mancanza assoluta di reperti radiologici correlati alla sintomatologia riferita dall'assicurato. Inoltre, prova scientifica di una condizione clinica stabile e non peggiorata rispetto a quanto noto, è il fatto che il collega _____ non preveda alcun controllo ulteriore presso la sua consultazione. Infine, faccio notare che il proposto intervento di protesizzazione dell'anca non sia stato preso in considerazione dall'assicurato poiché, secondo il Dr. med. _____: "la sua ansia in generale non gli permette attualmente di sottoporsi ad un intervento chirurgico". Anche quest'ultima affermazione non ha il carattere di una valutazione ortopedica. Circa l'atteggiamento dell'assicurato, mi permetto poi di commentare come davanti ad una reale situazione di dolori e limitazioni così importanti, quale quella che si vorrebbe sostenere, nessun paziente indugerebbe a farsi operare poiché l'idea stessa del sollievo supererebbe di gran lunga qualunque ansia. Pongo quindi l'accento sui seguenti elementi: l'assicurato riesce a sollevare l'arto inferiore sinistro contro resistenza: la mobilità dell'anca è buona; l'esame radiografico mette in luce un'osteosintesi eseguita in modo corretto, pochi segni per artrosi, nessuna progressione rispetto alle radiografie precedenti; Il Dr. med. _____ non pone alcuna nuova diagnosi; Il Dr. med. _____ non prevede alcun ulteriore controllo. Ne concludo che in assenza di nuovi reperti radiografici, così come in assenza di correlazioni clinico-strumentali, quindi di nuove diagnosi di certezza codificate secondo ICD, la documentazione ortopedica prodotta dall'assicurato non sia in grado di modificare le conclusioni del mio rapporto finale del 02.03.2017 relativamente agli aspetti somatici. Lascio ora la valutazione della documentazione psichiatrica ai colleghi psichiatri SMR." (doc. VII) A queste allegazioni, fatte proprie dall'amministrazione, questo Tribunale deve aderire, la certificazione del dr. _____ non permettendo di scostarsi dalle motivate e approfondite conclusioni peritali del dr. _____, alla cui valutazione, che rispecchia tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza, va attribuita forza probatoria piena ai sensi della giurisprudenza menzionata al consid. 2.7, avendo fondato le sue conclusioni su indagini approfondite e essendo giunta a risultati concludenti, e non sussistendo indizi concreti che ne mettano in causa la credibilità (cfr. STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Dalle certificazioni dell'ortopedico curante non emerge in effetti una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale. Si tratta quindi di una differente valutazione della medesima fattispecie medica posta a fondamento della decisione impugnata. Né del resto permette di modificare queste conclusioni lo stringato certificato del dr. _____ del 1° dicembre 2017, attestante la medesima diagnosi di "Dolori persistenti emisoma di sinistra in stato dopo osteosintesi di una frattura dell'aceta-bolo sinistro nel 2010" e concludente per un'inabilità lavorativa completa, ritenuto che l'assicurato "a seguito dell'intervento sopra menzionato non riesce a caricare sul bacino, lamenta dolori persistenti e non può sollevare pesi" (doc. XIII/1). Nuovamente interpellato, il medico SMR ha in proposito osservato che: "La certificazione del Dr. Med. _____, del 01.12.2017, non è basata su alcun dato obiettivo come un nuovo esame radiografico standard o altra diagnostica per immagini (TC, RMN), non è suffragata da un approfondito esame clinico con relativa valutazione dello stato muscolare e delle escursioni articolari (misurazione dei gradi), né tantomeno indica una diagnosi codificata secondo ICD-10 che giustifichi l'incapacità lavorativa completa e le prognosi sfavorevoli sostenute.

Pertanto, confermo integralmente le conclusioni della mia precedente presa di posizione del 06.11.2017.” (doc. XV/1) A dette conclusioni, fondate su un accurato esame del caso, alle quali l’assicurato non ha saputo contrapporre nuova documentazione medica rilevante, questo Tribunale deve aderire. Del resto sia pure rilevato che nella sua valutazione anche il perito dr. _____ aveva evidenziato l’impossibilità per l’assicurato di esercitare ancora la sua professione, dovendo egli evitare lavori pesanti, cambiare a volte postura, non stare seduto per più di due ore, non camminare per più di 100 metri, non stare in piedi continuamente per più di mezz’ora, non lavorare in anteflessione o inginocchiato, non sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg (doc. AI 121). D’altra parte, nella valutazione del 21 giugno 2017, il consulente professionale, tenendo conto delle limitazioni elencate dal perito, ha elencato una serie di attività accessibili all’assicurato e rispettose delle elencate limitazioni funzionali, quali ad esempio addetto alla qualità/imballaggio/confezione nel settore industriale orologiero, addetto al controllo e all’imballaggio nel settore farmaceutico e alimentare, addetto all’assemblaggio di pezzi elettronici ed ingranaggi, portiere d’albergo o impiegato in logistica (doc. AI 129). Osservato come non permetta manifestamente diversa conclusione nemmeno lo stringato certificato della curante dr.ssa _____ del 6 ottobre 2017 (che si limita ad attestare un’inabilità lavorativa totale “ per esiti di infortunio al bacino e per sindrome ansioso depressiva con disturbi del sonno”, cfr. doc. B), se ne deve concludere che per quanto concerne l’aspetto somatico la situazione appare sufficientemente chiarita sulla base dell’approfondita e ben motivata perizia del dr. _____. Malgrado la stessa sia stata redatta il 1. giugno 2016 e, quindi, oltre un anno prima della decisione contestata, la documentazione prodotta dall’assicurato non ha permesso di rendere verosimile una modifica rilevante delle sue condizioni, intervenuta successivamente al referto peritale e entro la data rilevante della decisione contestata, ricordato come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata emanata - in concreto l’11 settembre 2017 - quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possano imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione (cfr. DTF 132 V 220 consid. 3; 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Richiamata ancora la dianzi enunciata giurisprudenza in materia di valore probatorio dei rapporti del medico curante - per la quale 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 curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2 e riferimenti) - il fatto che il dr. _____ certifichi un’inabilità lavorativa completa, senza peraltro sostanziare tale valutazione sulla base di ulteriori diagnosi né comprovando l’intervento di un peggioramento delle condizioni, non permette di distanziarsi dalle conclusioni peritali (che hanno concluso per un’abilità completa in attività idonee), ove peraltro si osservi che l’ortopedico curante era giunto alle medesime condizioni anche nelle certificazioni, precedenti alla perizia del dr. _____, del 16 e 17 settembre 2015 (doc. AI 106, 107). Egli non ha in ogni modo fornito elementi diagnostici o motivazioni che permettano di ritenere non attendibili le conclusioni peritali. Sia infine ancora osservato che le conclusioni del dr. _____ si sono allineate a quelle tratte dalla _____ sulla base non solo delle valutazioni dei sanitari della clinica di _____ (cfr. rapporto 5 gennaio 2011, doc. 68 atti _____), ma anche di quelle del dr. _____, medico di circondario _____ (cfr. da ultimo il referto del 30 gennaio 2012; doc. 115 atti _____). Dette

conclusioni sono state del resto confermate anche dal TCA nella sua pronuncia dell'11 luglio 2013 (che ha condiviso tra l'altro le considerazioni dell'Istituto assicuratore per il quale alle conclusioni di inabilità totale del dr. _____ non poteva essere prestata adesione; cfr. la STCA 35.2012.64 dell'11 luglio 2013; cfr. anche la STF 8C-671/2013 del 20 febbraio 2014). In conclusione, vista la refertazione specialistica agli atti e considerate le summenzionate annotazioni 6 e 7 novembre 2017 e 8 gennaio 2018 dei medici SMR (cfr. VII/1 e 2, XV/1), questo TCA concorda quindi con la necessità di procedere ad ulteriori accertamenti peritali (perlomeno) di natura psichiatrica volti a stabilire lo stato delle affezioni psichiche di cui soffre l'interessato e le relative ripercussioni invalidanti. Gli atti vanno quindi ritornati all'amministrazione che procederà a far eseguire un'accurata valutazione psichiatrica di decorso tramite il _____. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'Ufficio AI effettuerà una valutazione globale delle patologie di cui soffre l'assicurato, debitamente motivata, e stabilirà nuovamente il grado d'invalidità e, quindi, l'eventuale conferma della soppressione della rendita. 2.9. Con la decisione impugnata l'amministrazione ha pronunciato la soppressione del diritto alla rendita AI con effetto dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione, togliendo l'effetto sospensivo ad un eventuale ricorso. L'insorgente ha in sostanza postulato il ripristino dell'effetto sospensivo pendente causa ed ha anche ribadito, in sede di osservazioni alla (di massima condivisa) proposta di retrocessione degli atti, la richiesta d'erogazione di prestazioni durante la procedura di rinvio. Nella DTF 106 V 18 – chiamata a pronunciarsi riguardo al momento in cui si attua la riduzione o la soppressione della rendita, se il giudice annulla la decisione di revisione e ritorna gli atti all'amministrazione perché la stessa, dopo ulteriore istruzione, renda una nuova decisione – l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) Gemäss Beschluss des Gesamtgerichts, dem diese Frage unterbreitet worden ist, erscheint es daher - unter Vorbehalt einer allfällig missbräuchlichen Provozierung eines möglichst frühen Revisionszeitpunktes durch die Verwaltung - als geboten, den mit der revisionsweise verfügten Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente oder Hilflosenentschädigung verbundenen Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügungsentscheidung andauern zu lassen. (...)" (DTF 106 V 18, consid. 3d, pag. 21) Nella DTF 129 V 370 il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) si è confermato in questa giurisprudenza e ha ribadito che se l'effetto sospensivo viene tolto a un ricorso diretto contro una decisione di revisione che sopprime o riduce una rendita o un assegno per grandi invalidi, questo ritiro dura, nel caso di rinvio degli atti all'amministrazione, anche durante tutta tale procedura d'istruzione fino alla notifica della nuova decisione. La nostra Massima Istanza ha, in particolare, osservato: " (...) Verfahrensrechtlich korrekt scheint die Lösung von SCHLAURI zu sein (in gleichem Sinne auch ISABELLE HÄNER, Vorsorgliche Massnahmen im Verwaltungsverfahren und Verwaltungsprozess, in: ZSR 1997, 2. Halbbd., S. 392 f. Rz 193), weil mit der Aufhebung der angefochtenen Verfügungsentscheidung der Entzug der aufschiebenden Wirkung nicht mehr weiter gelten kann. Indessen haben weder Verwaltung noch Beschwerdeinstanz in der hier interessierenden Konstellation nach der Konzeption von BGE 106 V 18 ergänzende vorsorgliche Massnahmen zu treffen. Dafür sprechen namentlich verwaltungsökonomische Aspekte, die gerade für die Sozialversicherung als typische Massenverwaltung einiges Gewicht haben. Eine Änderung der Rechtsprechung drängt sich demnach nicht auf. (...)" (DTF 129 V 370, consid. 4.4, pag. 377) Questa giurisprudenza è stata confermata ancora

nelle STF 9C_301/2010 del 21 gennaio 2011 consid. 3.2, 9C_288/2010 del 22 dicembre 2010 consid. 4, 8C_528/2010 del

E. 20

dicembre 2010 consid. 2 e 8C_451/2010 (nella composizione del TF a cinque giudici) dell'11 novembre 2010 consid. 4 (cfr. anche la STCA 32.2010.357 del 29 aprile 2011). Conformemente alla suesposta giurisprudenza federale, ritenuto che dagli atti non è possibile concludere che l'amministrazione abbia in concreto inteso anticipare in modo abusivo la decorrenza dell'effetto della revisione (DTF 106 V 18) – l'amministrazione ha infatti avviato la revisione nel novembre 2011 facendo in particolare esperire due perizie psichiatriche e, quindi, alla luce delle allegazioni dell'assicurato, una valutazione peritale bidisciplinare (psichiatrica e reumatologica; doc. AI 121 e 122) e sottoponendo pure le certificazioni dei curanti al SMR – l'effetto sospensivo tolto al ricorso con la decisione impugnata esplica dunque i suoi effetti anche durante la procedura di rinvio. D'altronde, con riferimento alla giurisprudenza succitata, non è in concreto possibile stabilire quale sarà l'esito finale della vertenza. Dal profilo medico, a fronte delle dettagliate risultanze peritali agli atti, la valutazione del curante psichiatra dr. _____ attestante una totale incapacità lavorativa, richiamata nuovamente la dianzi menzionata giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti del medico curante, non permette con ogni verosimiglianza di ipotizzare che in esito al nuovo esame peritale la soppressione delle prestazioni non potrà essere confermata rispettivamente di ritenere che il provvedimento impugnato risulti manifestamente errato. Di conseguenza la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo va respinta. 2.10. Ne discende che il ricorso va accolto ai sensi dei considerandi e gli atti rinviati all'amministrazione affinché, effettuati i necessari accertamenti peritali sopra enunciati, si pronunci nuovamente sulla revisione della rendita 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 fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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