

TI_GERICHTE 32.2019.26 vom 20. Dezember 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-12-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.26

FR: TI_GERICHTE 32.2019.26 du 20 décembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2019.26 del 20 dicembre 2018

Erwägungen

E. 22

febbraio 2018, consid. 2.3 e 32.2017.137 del 26 febbraio 2018, consid. 2.3).

Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50(STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6).

Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche in seguito (cfr. STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 consid. 3.3.1 e 3.3.2; 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 consid. 4.1, 4.2 e 4.3; 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 consid. 3.2; 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 consid. 2.2.).

2.4. Nel caso concreto, l'assicurato - il quale aveva dovuto interrompere la riformazione professionale di assicuratore per motivi di salute (riacutizzazione dei problemi lombari per i quali egli era già stato sottoposto a valutazione peritale da parte del dr. _____, il quale aveva stabilito un'incapacità lavorativa del 50% quale forestale e del 20% in attività adeguate) - sulla base della proposta medica del 23 agosto 2002 del SMR, è stato posto al beneficio di una rendita intera di invalidità a partire dal 1° dicembre 2001, con la previsione di una revisione a breve termine (doc. 68).

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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPG (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376.

Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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 europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico

dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008).

Va infine 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione.

Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata.

Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti specialistici, confermare la

valutazione del dr. _____ del SMR del 13 agosto 2018, basata sulle perizie eseguite dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____, posta a fondamento della riduzione ad un quarto di rendita di invalidità della rendita intera di cui beneficiava in precedenza l'interessato.

2.7.1. Per quanto attiene agli aspetti somatici, il TCA rileva che effettivamente, come correttamente indicato dal patrocinatore dell'insorgente, nel referto peritale del 22 ottobre 2017 redatto per conto di _____, il dr. _____, pur constatando l'esistenza di un numero maggiore di patologie rispetto a quanto da lui stesso valutato nel 2003 e la presenza di limiti funzionali e di carico più significativi rispetto al 2003, ha mantenuto immutata la percentuale di capacità lavorativa residua dell'interessato nello svolgimento di attività adatte (esigibili all'80%), senza tuttavia giustificare in alcun modo tale sua conclusione.

Al riguardo, il TCA ritiene indispensabile un approfondimento specialistico, posto che il dr. _____ ha tenuto conto dei maggiori disturbi elencati a titolo di diagnosi e dei più importanti limiti funzionali dettagliati nel referto peritale ponendo l'indicazione di una maggiore inabilità lavorativa per quanto riguarda l'abituale professione di forestale svolta dall'interessato (passata dalla misura dei 2/3 valutata nel 2003 a quella dei ¾ nel 2017), senza tuttavia procedere ad un pari aumento per quanto riguarda l'esigibilità di attività adatte (per le quali l'interessato continua ad essere giudicato abile al lavoro nella misura dell'80%) o giustificare in qualche modo la scelta di lasciare tale percentuale immutata.

A fronte di tali mancanze, il dr. _____ del SMR avrebbe dovuto chiarire la questione prima di potersi esprimere a proposito della capacità lavorativa residua dell'interessato. Non avendolo fatto, questo Tribunale non può considerare pienamente probante il rapporto finale del SMR del 13 agosto 2018 posto a fondamento della decisione qui impugnata.

Ciò tanto più che dall'incarto emerge come lo stesso Ufficio AI abbia messo in luce la necessità di disporre dei chiarimenti rispetto alle valutazioni peritali eseguite per conto dell'assicuratore _____, elencando nel mandato per SMR del 9 marzo 2018 una serie di interrogativi, ai quali il SMR non ha tuttavia dato risposta (cfr. doc. 227).

Tale soluzione si giustifica a maggior ragione alla luce degli ulteriori referti medici prodotti dall'assicurato sia in sede di osservazioni, sia nel corso della presente vertenza innanzi al TCA, tutti successivi all'esame peritale del dr. _____ e sui quali appare imprescindibile disporre di una valutazione peritale aggiornata, che stabilisca in maniera chiara le diagnosi che affliggono l'interessato e le ripercussioni delle stesse sulla sua capacità lavorativa e lucrativa.

2.7.2. Analogo discorso vale anche riguardo agli aspetti psichiatrici, già solo tenuto conto del fatto che la perizia della dr.ssa _____ non soddisfa le esigenze poste dalla giurisprudenza federale in DTF 141 V 281.

Al riguardo, occorre nuovamente ricordare che il Tribunale federale ha già stabilito che l'esigenza di qualità posta dalla procedura consigliata nelle linee guida per la qualità delle perizie psichiatriche nell'assicurazione federale per l'invalidità non è decisiva. Fondamentale è, invece, la circostanza che venga effettuato innanzitutto dal perito l'esame dei criteri fissati dal Tribunale federale e peraltro ricordati nelle stesse linee guida a pag. 42, Annexe 6 (cfr. su questo tema STF 9C_273/2018 del 28 giugno 2018, pubblicata in SVR 12/2018 IV nr. 76, ripresa in STCA 32.2017.107 del 2 agosto 2019).

Lo stesso Ufficio AI, inoltre, come già ricordato al considerando precedente, ha messo in evidenza, nello scritto del 9 marzo 2018 indirizzato al SMR, le mancanze, soprattutto a livello motivazionale, riscontrabili anche nel referto peritale psichiatrico (cfr. doc. 227).

Ciononostante, nel rapporto finale SMR del 13 agosto 2018, posto a fondamento della decisione impugnata, non è stato chiarito alcunché.

Questo modo di procedere non può essere avallato dal TCA e necessita, quindi, di ulteriori approfondimenti peritali, come pertinentemente richiesto in sede ricorsuale.

In particolare, i nuovi accertamenti peritali in ambito psichiatrico dovranno accertare se vi è stato, come ritenuto dall'Ufficio AI ma contestato dal ricorrente, un miglioramento delle patologie dell'interessato tale da incidere sulla sua capacità lavorativa residua. Andrà, pure, stabilito se lo stato di salute dell'interessato è stato tale da escludere fin dall'inizio, come sembrerebbe indicare la dr.ssa _____, l'esistenza del disturbo di personalità invalidante a suo tempo diagnosticato dal dr. _____, rivestendo i disturbi dell'interessato unicamente un carattere reattivo a fattori stressanti (sul carattere reattivo e, di conseguenza, non invalidante ai sensi della giurisprudenza federale in materia cfr. fra le altre STF 8C_143/2019 del 21 agosto 2019; 8C_210/2019 dell'11 luglio 2019).

Tale soluzione si impone anche tenuto conto del possibile peggioramento dello stato psicologico avanzato dal dr. _____ nel più recente referto del 18 settembre 2019 fatto pervenire al TCA, mettendo in evidenza la necessità di procedere al più presto con un nuovo intervento chirurgico (cfr. doc. XI/1).

2.7.3. Per tutte le ragioni diffusamente appena esposte, il TCA non può, dunque, condividere la scelta dell'amministrazione, ancora difesa in sede di risposta di causa e nelle ulteriori osservazioni inoltrate il 5 dicembre 2019, di considerare esaustiva e pienamente probante la valutazione finale del dr. _____ del SMR del 13 agosto 2018, confermata con annotazioni (non motivate) del 18 dicembre 2018.

All'Ufficio AI incombeva, dunque, prima di emettere la decisione impugnata, accertare in maniera completa ed esaustiva quale fosse il reale stato di salute dell'assicurato, sia dal profilo psichiatrico, che da quello somatico.

Non avendolo fatto, gli atti devono essere rinviati all'amministrazione affinché ponga rimedio alle proprie mancanze ordinando una perizia esterna che tenga conto dell'insieme dei disturbi dell'interessato, prima di emettere una nuova decisione relativa alla revisione del diritto alla rendita.

2.8. Nella DTF 137 V 210 il TF 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016) 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016).

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.7., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica, come richiesto in sede ricorsuale, il rinvio degli atti all'■amministrazione - alla quale compete accertare lo stato di salute dell'■interessato, non potendo quindi essere accolta la successiva richiesta dell'■avv. RA 1 che sia direttamente il TCA ad ordinare i complementi istruttori peritali del caso - affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici esterni necessari al fine di chiarire se sia effettivamente intervenuto (e nell'■affermativa in che misura e da quando), oppure no, un miglioramento delle condizioni di salute dell'■assicurato.

In concreto, con la conferma del diritto ad almeno un quarto di rendita nel dispositivo della presente sentenza, su questo specifico punto non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015).

2.9. 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 di invalidità dell'■assicurato.

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.

2.10. Nel caso di specie, inoltre, visto l'■esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), il ricorrente, patrocinato da un avvocato, ha diritto all'■importo di fr. 2'■500.-- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'■Ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPGA; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.15.).

E. 27

novembre 2003, il dr. _____, riscontrando una situazione clinica del rachide praticamente sovrapponibile a quella valutata dal dr. _____, ha considerato l'■interessato inabile al lavoro nella misura dei 2/3 definitivamente come forestale, ma ancora abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale, con una riduzione del rendimento del 20%, in attività adatte (doc. 93). Dal profilo psichiatrico, nel referto peritale del 2 gennaio 2004, il dr. _____, ipotizzando un disturbo di personalità misto con aspetti emotivamente instabili e tenendo conto delle osservazioni dello psichiatra curante, ha ritenuto l'■assicurato inabile al lavoro al 50% (doc. 95). Nella proposta medico del 14 gennaio 2004 il dr. _____ del SMR, tenuto conto dei referti peritali sopraccitati, ha concluso che l'■interessato è globalmente inabile al lavoro al 50% in un'attività adeguata "che non impone un carico superiore a 10 kg, che permette spesso di cambiare posizione del rachide, che eviti movimenti ripetitivi di rotazione/flessione o estensione della colonna vertebrale e che eviti posizioni statiche prolungate" (doc. 97). In occasione delle successive revisioni succedutesi nel tempo, questa valutazione globale è sempre stata confermata da parte del SMR, senza procedere a nuovi accertamenti peritali, nonostante alcuni dubbi messi in luce dallo stesso Ufficio AI (doc. 107 e doc. 145). Ancora in data 1 novembre

2016, il dr. _____ del SMR ha proposto di “sospendere definitivamente la richiesta di perizia pluridisciplinare e procedere a revisione se del caso non prima di 12-18 mesi da ora” (doc. 202). Al momento dell’ultima revisione del 2017, oggetto della presente vertenza, il dr. _____ del SMR ha ritenuto giudizioso proporre una rivalutazione globale della situazione dell’interessato, chiedendo prima un aggiornamento degli incarti assicurativi per verificare se nel frattempo fossero state effettuate eventuali nuove valutazioni mediche (doc. 221). In tale frangente, l’assicuratore vita _____, nell’ambito di un aggiornamento, con scritto del 27 febbraio 2018 ha informato l’UAI di avere riconosciuto all’interessato un’incapacità di lavoro/di guadagno “del 100% dal 25 maggio 1999 in poi, dapprima per un problema alla colonna vertebrale e poi per problemi psichici”, aggiungendo che “ora, in base alle perizie mediche pervenute l’incarto è in trattamento” (doc. 225). Le perizie cui ha fatto cenno _____ sono due: l’una, reumatologica, del dr. _____ e, l’altra, psichiatrica, della dr.ssa _____. Nel referto peritale del 22 ottobre 2017 il dr. _____, dopo avere ripercorso i numerosi interventi chirurgici subiti dall’interessato, ha concluso che rispetto al proprio precedente esame peritale del 2003 svolto su incarico dell’Ufficio AI “i limiti funzionali e di carico ora riscontrati risultano dunque più significativi rispetto a quelli stabiliti dopo l’ultima valutazione peritale reumatologica nel 2003”. Il dr. _____ ha concluso che “al più tardi dopo l’attuale rivalutazione peritale reumatologica del 20 ottobre 2017, quindi a decorrere dal 21 ottobre 2017, giudico l’assicurato, a seguito dei limiti funzionali e di carico menzionati sopra, nella sua ultima attività lavorativa principale come forestale inabile al lavoro nella misura dei $\frac{3}{4}$ ”, mentre nello svolgimento di “un lavoro adatto allo stato di salute, tenente dunque conto dei limiti funzionali e di carico più restrittivi rispetto a quelli formulati nel 2003, giudico l’assicurato abile al lavoro sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 20% al più tardi a decorrere dal 21 ottobre 2017” (cfr. doc. 14 incarto cassa malati). Nel referto peritale del 7 novembre 2017 la dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, posta la diagnosi di “distimia (ICD10-F34.1)”, ha considerato l’interessato abile al lavoro sull’arco di una giornata lavorativa di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 20% in qualsiasi attività lavorativa (doc. 16 incarto cassa malati). Entrambi i periti hanno poi indicato che, dopo discussione, hanno ritenuto congiuntamente che la diminuzione di rendimento dettata dalla patologia psichiatrica non vada sommata alla diminuzione di rendimento ritenuta per i limiti funzionali e di carico imputabili alle patologie reumatologiche (doc. 15 e doc. 16 incarto cassa malati). Nel rapporto finale SMR del 13 agosto 2018 il dr. _____, preso atto delle perizie del dr. _____ e della dr.ssa _____ ordinate da _____, ha ritenuto che “in definitiva si è in presenza di uno stato che negli anni grazie a svariati atteggiamenti ortopedico locomotori e regolari controlli psichiatrici ha potuto venir adeguatamente controllato e stabilizzato con migliorate esigibilità residuali dall’ottobre 2017”, considerando l’assicurato inabile al lavoro al 75% nella professione di forestale, ma abile al lavoro all’80%, a partire da ottobre 2017, nello svolgimento di attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali (doc. 233). In data 12 dicembre 2018, in sede di osservazioni, l’assicurato ha contestato tale conclusione del SMR, posta alla base del progetto di decisione del 24 ottobre 2018 (e poi della decisione qui impugnata), trasmettendo della documentazione medica a comprova del peggioramento del proprio stato di salute (doc. 246 e allegati). Con annotazioni del 18 dicembre 2018 il dr. _____ del SMR ha succintamente indicato che “in fase di audizione viene inviata documentazione sia ortopedica 10.2018 che oculistica 3.2018 (che si basa su valutazione del 2015). Queste però

non permettono di modificare le esigibilità residuali già note dal RAF 13.8.2018 per quanto riguarda attività ritenute adeguate” (doc. 2.5. In sede ricorsuale l’assicurato ha ancora una volta contestato la valutazione del SMR, posta a fondamento della decisione impugnata, a sua volta basata sulle perizie del dr. _____ e della dr.ssa _____, a suo modo di vedere non concludenti. Egli ha, infatti, rilevato come, contrariamente a quanto considerato dall’amministrazione, le proprie condizioni di salute non siano affatto migliorate negli anni, ma anzi, al contrario, siano progressivamente peggiorate (doc. I). In particolare, il patrocinatore dell’assicurato ha rilevato come la perizia del dr. _____ del 2017 eseguita per conto dell’assicuratore _____ risulti incongruente, in quanto, nonostante i numerosi problemi di salute non presenti nel 2003 e il riconosciuto incremento dei limiti funzionali rispetto al precedente esame peritale del 2003, abbia poi confermato l’esistenza di una capacità lavorativa dell’80% nello svolgimento di attività adatte come in passato (doc. I). A comprova del peggioramento delle condizioni di salute dell’interessato rispetto a quanto valutato dal dr. _____, l’assicurato ha trasmesso dei referti del dr. _____ e del dr. _____, nonché del Centro _____ di _____, tutti successivi all’esame peritale reumatologico, che appare quindi non probante. Ad ulteriore conferma del peggioramento del proprio stato di salute, l’assicurato ha prodotto anche in corso di causa altri referti del dr. _____, con i quali il medico ha espresso il proprio dissenso rispetto al parere dell’Ufficio AI, ritenendo che “il paziente non sia abile per nessun tipo di attività che richieda uno sforzo fisico anche minore o con lavori che lo obbligano a mantenere una posizione per tempi più lunghi” (cfr. referto del 12 marzo 2019, doc. VI/1), attestando la necessità di ulteriori interventi chirurgici urgenti (cfr. referto del 18 settembre 2019, doc. XI/1). Anche per quanto concerne gli aspetti psichici il patrocinatore del ricorrente ha contestato la valutazione della dr.ssa _____ effettuata per conto di _____, la quale ha, a suo modo di vedere, indicato una inabilità lavorativa del 20%, senza tuttavia adeguatamente motivare il proprio parere (doc. I).

2.6. 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). 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 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell’indipendenza, dell’equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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 europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.7. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, questo Tribunale, chiamato a

verificare se lo stato di salute del ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, non può, senza che prima vengano svolti ulteriori approfondimenti specialistici, confermare la valutazione del dr. _____ del SMR del 13 agosto 2018, basata sulle perizie eseguite dal dr.

_____ e dalla dr.ssa _____, posta a fondamento della riduzione ad un quarto di rendita di invalidità della rendita intera di cui beneficiava in precedenza l'interessato.

2.7.1. Per quanto attiene agli aspetti somatici, il TCA rileva che effettivamente, come correttamente indicato dal patrocinatore dell'insorgente, nel referto peritale del 22 ottobre 2017 redatto per conto di _____, il dr. _____, pur constatando l'esistenza di un numero maggiore di patologie rispetto a quanto da lui stesso valutato nel 2003 e la presenza di limiti funzionali e di carico più significativi rispetto al 2003, ha mantenuto immutata la percentuale di capacità lavorativa residua dell'interessato nello svolgimento di attività adatte (esigibili all'80%), senza tuttavia giustificare in alcun modo tale sua conclusione. Al riguardo, il TCA ritiene indispensabile un approfondimento specialistico, posto che il dr.

_____ ha tenuto conto dei maggiori disturbi elencati a titolo di diagnosi e dei più importanti limiti funzionali dettagliati nel referto peritale ponendo l'indicazione di una maggiore inabilità lavorativa per quanto riguarda l'abituale professione di forestale svolta dall'interessato (passata dalla misura dei 2/3 valutata nel 2003 a quella dei 3/4 nel 2017), senza tuttavia procedere ad un pari aumento per quanto riguarda l'esigibilità di attività adatte (per le quali l'interessato continua ad essere giudicato abile al lavoro nella misura dell'80%) o giustificare in qualche modo la scelta di lasciare tale percentuale immutata. A fronte di tali mancanze, il dr. _____ del SMR avrebbe dovuto chiarire la questione prima di potersi esprimere a proposito della capacità lavorativa residua dell'interessato.

Non avendolo fatto, questo Tribunale non può considerare pienamente probante il rapporto finale del SMR del 13 agosto 2018 posto a fondamento della decisione qui impugnata. Ciò tanto più che dall'incarto emerge come lo stesso Ufficio AI abbia messo in luce la necessità di disporre dei chiarimenti rispetto alle valutazioni peritali eseguite per conto

dell'assicuratore _____, elencando nel "mandato per SMR" del 9 marzo 2018 una serie di interrogativi, ai quali il SMR non ha tuttavia dato risposta (cfr. doc. 227). Tale modo di procedere non può essere condiviso da questo Tribunale e rende indispensabile il rinvio degli atti all'Ufficio AI affinché ponga rimedio alle proprie mancanze attraverso la messa in atto degli approfondimenti peritali del caso. Tale soluzione si giustifica a maggior ragione alla luce degli ulteriori referti medici prodotti dall'assicurato sia in sede di osservazioni, sia nel corso della presente vertenza innanzi al TCA, tutti successivi all'esame peritale del dr. _____ e sui quali appare imprescindibile disporre di una valutazione peritale aggiornata, che stabilisca in maniera chiara le diagnosi che affliggono l'interessato e le ripercussioni delle stesse sulla sua capacità lavorativa e lucrativa.

2.7.2. Analogo discorso vale anche riguardo agli aspetti psichiatrici, già solo tenuto conto del fatto che la perizia della dr.ssa _____ non soddisfa le esigenze poste dalla giurisprudenza federale in DTF 141 V 281. Al riguardo, occorre nuovamente ricordare che il Tribunale federale ha già stabilito che l'esigenza di qualità posta dalla procedura consigliata nelle "linee guida per la qualità delle perizie psichiatriche nell'assicurazione federale per l'invalidità" non è decisiva. Fondamentale è, invece, la circostanza che venga effettuato innanzitutto dal perito l'esame dei criteri fissati dal Tribunale federale e peraltro ricordati nelle stesse "linee guida" a pag. 42, "Annexe 6" (cfr. su questo tema STF 9C_273/2018 del 28 giugno 2018, pubblicata in SVR 12/2018 IV nr. 76, ripresa in STCA 32.2017.107 del 2 agosto 2019). Lo stesso Ufficio AI, inoltre, come già ricordato al considerando precedente,

ha messo in evidenza, nello scritto del 9 marzo 2018 indirizzato al SMR, le mancanze, soprattutto a livello motivazionale, riscontrabili anche nel referto peritale psichiatrico (cfr. doc. 227). Ciononostante, nel rapporto finale SMR del 13 agosto 2018, posto a fondamento della decisione impugnata, non è stato chiarito alcunché. Questo modo di procedere non può essere avallato dal TCA e necessita, quindi, di ulteriori approfondimenti peritali, come pertinentemente richiesto in sede ricorsuale. In particolare, i nuovi accertamenti peritali in ambito psichiatrico dovranno accertare se vi è stato, come ritenuto dall'Ufficio AI ma contestato dal ricorrente, un miglioramento delle patologie dell'interessato tale da incidere sulla sua capacità lavorativa residua. Andrà, pure, stabilito se lo stato di salute dell'interessato è stato tale da escludere fin dall'inizio, come sembrerebbe indicare la dr.ssa _____, l'esistenza del disturbo di personalità invalidante a suo tempo diagnosticato dal dr. _____, rivestendo i disturbi dell'interessato unicamente un carattere reattivo a fattori stressanti (sul carattere reattivo e, di conseguenza, non invalidante ai sensi della giurisprudenza federale in materia cfr. fra le altre STF 8C_143/2019 del 21 agosto 2019; 8C_210/2019 dell'11 luglio 2019). Di conseguenza, stante quanto sopra esposto, questa Corte ritiene di non potere, con la necessaria tranquillità, fondare il proprio giudizio, nemmeno per quanto riguarda gli aspetti psichici, sull'apprezzamento eseguito dal medico del SMR in data 13 agosto 2018 riprendendo quanto stabilito dalla dr.ssa _____, ma ritiene indispensabile che le affezioni psichiche presentate dall'interessato vengano approfondite attraverso una accurata valutazione peritale da parte di un altro specialista in materia e nel rispetto della procedura probatoria strutturata secondo gli indicatori standard richiesti dalla giurisprudenza federale (cfr. STF 9C_665/2018 del 26 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 31, nella quale l'Alta Corte ha confermato la correttezza del rinvio deciso dal Tribunale cantonale delle assicurazioni all'Ufficio AI, siccome non era stata possibile una valutazione in base al rilevante elenco d'indicatori). Tale soluzione si impone anche tenuto conto del possibile peggioramento dello stato psicologico avanzato dal dr. _____ nel più recente referto del 18 settembre 2019 fatto pervenire al TCA, mettendo in evidenza la necessità di procedere al più presto con un nuovo intervento chirurgico (cfr. doc. XI/1).

2.7.3. Per tutte le ragioni diffusamente appena esposte, il TCA non può, dunque, condividere la scelta dell'amministrazione, ancora difesa in sede di risposta di causa e nelle ulteriori osservazioni inoltrate il 5 dicembre 2019, di considerare esaustiva e pienamente probante la valutazione finale del dr. _____ del SMR del 13 agosto 2018, confermata con annotazioni (non motivate) del 18 dicembre 2018. All'Ufficio AI incombeva, dunque, prima di emettere la decisione impugnata, accertare in maniera completa ed esaustiva quale fosse il reale stato di salute dell'assicurato, sia dal profilo psichiatrico, che da quello somatico. Non avendolo fatto, gli atti devono essere rinviati all'amministrazione affinché ponga rimedio alle proprie mancanze ordinando una perizia esterna che tenga conto dell'insieme dei disturbi dell'interessato, prima di emettere una nuova decisione relativa alla revisione del diritto alla rendita.

2.8. Nella DTF 137 V 210 il TF 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016) 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 32.2015.82 del 6 giugno 2016).

Rilevato come, per le ragioni già diffusamente esposte al considerando 2.7., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica, come richiesto in sede ricorsuale, il rinvio degli atti all'amministrazione - alla quale compete accertare lo stato di salute dell'interessato, non potendo quindi essere accolta la successiva richiesta dell'avv. RA 1 che sia direttamente il TCA ad ordinare i complementi istruttori peritali del caso - affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici esterni necessari al fine di chiarire se sia effettivamente intervenuto (e nell'affermativa in che misura e da quando), oppure no, un miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato. Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sull'asserito miglioramento dello stato valetudinario del ricorrente, fermo restando il diritto di quest'ultimo ad almeno un quarto di rendita, non contestato. Va a questo proposito rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti (consid. 3.2). In concreto, con la conferma del diritto ad almeno un quarto di rendita nel dispositivo della presente sentenza, su questo specifico punto non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo; STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015).

2.9. 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 di invalidità dell'assicurato. 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. 2.10. Nel caso di specie, inoltre, visto l'esito del ricorso (il rinvio con esito aperto equivale a piena vittoria: da ultimo STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1 pag. 271 con riferimento), il ricorrente, patrocinato da un avvocato, ha diritto all'importo di fr. 2'500.-- a titolo di ripetibili da mettere a carico dell'Ufficio AI (cfr. art. 61 lett. g LPG; 22 LPTCA; cfr. STCA 35.2018.129 del 28 marzo 2019, consid. 2.15.).

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