

TI_GERICHTE 32.2019.82 vom 20. März 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-03-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.82

FR: TI_GERICHTE 32.2019.82 du 20 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.82 del 20 marzo 2019

Regeste

Decisione con la quale sono state negate le prestazioni non può essere confermata. Prive di valore probante sia la perizia CPAS, sia la successiva valutazione del SMR che l'ha sostituita. Necessità di ulteriori approfondimenti, come pure richiesto dallo stesso UAI in sede di risposta di causa

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 nelle recentissime STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2. 2.3. Nel caso di specie, al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurato, l'amministrazione lo ha, dapprima, sottoposto ad una visita presso il SMR. Con rapporto di visita medica del 25 giugno 2018, il dr. _____, spec. FMH in psichiatria e la dr.ssa _____, specialista in medicina del lavoro, entrambi medici del SMR, posta la diagnosi di "episodio depressivo di lieve entità, in risoluzione (ICD10-F33.0)", hanno indicato che, rispetto all'apprezzamento peritale del 5 febbraio 2018 del dr. _____, su incarico dell'assicuratore perdita di guadagno, è stato possibile accertare un netto miglioramento dello status psichico. I medici del SMR hanno rilevato che viste le numerose attività svolte dall'interessato "à coté" della professione di assicuratore – e meglio Presidente del Centro _____; responsabile con forma individuale della _____ (società di trasporti in proprio e sgombero della neve) – appare "del tutto verosimile che egli abbia mantenuto una funzionalità significativa dal 22 maggio 2017 quando è certificata una IL del 50%, poi IL 100% dal 29.8.2017". Essi hanno dunque ritenuto che, "pur riconoscendo adeguata la valutazione del dr. _____, non è verosimile che l'assicurato abbia presentato una capacità lavorativa nulla dal 29 agosto 2017: egli ha infatti gestito la sua quotidianità, ha mostrato corretta attenzione e concentrazione nel condurre l'automobile, si è interessato delle altre due sue attività che non ha mai abbandonato". Per tali ragioni, i medici del SMR hanno concluso che l'assicurato abbia presentato una capacità lavorativa del 50% dal 22 maggio 2017 al 31 maggio 2018, mentre a partire dal 1° giugno 2018, visto il miglioramento dello status psichico a seguito della presa a carico psichiatrica del dr. _____, sia abile al lavoro nella misura dell'80% (doc. 38). A seguito delle contestazioni presentate dall'assicurato contro il progetto di decisione di rifiuto delle prestazioni, la dr.ssa _____ del SMR, in data 15 ottobre 2018, ha ritenuto necessario predisporre una perizia psichiatrica, affidata al

_____ (doc. 57). Con referto peritale del 7 dicembre 2018, la dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e, a quel momento, Capo-clinica del _____, e la dr.ssa _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e Direttrice del _____, hanno posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “episodio depressivo di grado medio-severo (ICD10-F32.1)”, ritenendo che “il quadro clinico attuale conferma la presenza di un episodio depressivo maggiore evoluto da un disturbo da disadattamento venutosi a creare dopo il declassamento lavorativo”, con una sintomatologia inizialmente reattiva, ma ormai divenuta endogena visto anche l’allontanamento del fattore stressante iniziale, che non ha tuttavia portato ad un miglioramento tangibile. Esprimendosi a proposito della coerenza e plausibilità, le specialiste del _____ hanno considerato che “la valutazione attuale mostra una coerenza rispetto ai sintomi descritti che appaiono anche plausibili nella loro manifestazione oggettiva”, aggiungendo che “potrebbe essere indicata come una incoerenza la valutazione tra l’esame del dr. _____, quella attuale e quello espresso dal dr. _____, dove si parlava di una sintomatologia nettamente migliorata. È possibile, vista la fluttuazione della sintomatologia, che già lo stesso assicurato spontaneamente ha riferito che la valutazione del SMR sia coincisa in quel periodo in cui l’assicurato aveva “la sua giornata buona”. È stata anche plausibile la descrizione da parte dell’assicurato dei motivi per i quali egli abbia partecipato ad alcune attività extra-lavorative con una finalità di tipo ergo terapeutico più che con una capacità di produttività”. Venendo, infine, alla valutazione della capacità lavorativa, le specialiste del _____ hanno considerato l’assicurato, nella sua attività di agente generale, inabile al lavoro al 50% dal 22 maggio 2017 (rendimento ridotto) e totalmente inabile al lavoro dal 28 settembre 2017 e continua; come consulente alla clientela, in un ambiente tranquillo e con delle mansioni chiare, l’interessato è stato reputato inabile al lavoro al 50% dal 22 maggio 2017, poi inabile al lavoro al 100% dal 28 settembre 2017 fino ad agosto 2018, mentre successivamente, a partire dal mese di settembre 2018, secondo la stabilizzazione delle condizioni certificata dallo psichiatra curante, nuovamente inabile al lavoro al 50%. Le specialiste del _____ hanno sottolineato di essersi discostate dalla valutazione del dr. _____ “valutando le limitazioni emerse durante la presente valutazione”, mentre il medico del SMR “si basava su una valutazione in una IL del 20% poiché l’assicurato è riuscito a gestire la sua quotidianità, ha mostrato una corretta attenzione e concentrazione nel condurre l’automobile, si è interessato ad altre due attività che non ha mai abbandonato” (doc. 64). Con scritto del 21 dicembre 2018, il dr. _____ del SMR ha interpellato le autrici del referto peritale, chiedendo loro di fornire ulteriori precisazioni alla luce delle più recenti notizie diffuse dagli organi di stampa, successivamente all’esame peritale, inerenti l’assicurato. In particolare, il medico del SMR ha chiesto al _____ di indicare se, tenuto conto del procedimento penale in corso e della carica ricoperta dall’interessato in seno all’autorità cantonale in materia LAFE, si rendano necessari ulteriori approfondimenti rispetto alla valutazione peritale già eseguita (doc. 65). Venuto a conoscenza di tale richiesta del dr. _____, il patrocinatore dell’assicurato ha, in data 11 gennaio 2019, reso attento il medico del SMR sugli effetti deleteri di una errata ricostruzione dei fatti, informandolo parimenti di avere indirizzato uno scritto di precisazioni alle specialiste del _____ (doc.68). In tale documento, l’avv. RA 1 ha puntualizzato quanto segue: " (...) Per quanto attiene alla Commissione LAFE, il signor RI 1 era già membro della stessa da anni ed è stato recentemente solo riconfermato come supplente e non più come membro. Inoltre, da circa due anni non è più stato convocato e, qualora dovesse essere chiamato, rinuncerebbe all’incarico in ragione appunto del suo stato di salute. In riferimento alla

società _____, il signor RI 1 è invece unicamente indicato a Registro di commercio come amministratore unico, senza essersi però mai occupato attivamente, né in passato né attualmente, degli affari della società; compito infatti delegato al contabile. Quale amministratore è comunque tenuto a rispondere nell'ambito del procedimento penale in corso, nel quale contesta comunque ogni addebito. I fatti, così come esposti dal dr. _____, andavano precisati, sebbene ininfluenti al caso che ci occupa. Oltretutto, l'interpretazione dei fatti riportata dal dr. _____ a lei, può essere ritenuta contraria al principio della presunzione di innocenza e lesiva, non da ultimo, dei diritti procedurali del nostro cliente ed eventualmente anche della sua personalità." (Doc. 68a) Con complemento peritale del 16 gennaio 2019, la dr.ssa Uslenghi, preso atto dello scritto del dr. _____ e delle precisazioni fornite dall'avv. RA 1, ha confermato la propria precedente valutazione peritale, indicando, in particolare, quanto segue: " (...) Avevo chiesto delucidazioni in corso di perizia rispetto alle attività che Lei aveva citato nel suo rapporto SMR ossia rispetto alla _____ e al progetto di sviluppo di _____. Per quanto riguarda la _____, mi aveva informato svolgere la funzione di amministratore ossia di formare la contabilità, non riceveva compensi per questa sua attività che continuava sebbene avesse già avvertito da tempo di avere necessità di una sostituzione motivandola con il fatto che non si rendeva conto di quello che firmava, faticava a comprendere se i bilanci avessero degli errori. A livello legale avevo chiesto se vi erano state condanne e mi aveva segnalato un ritiro delle patenti avvenuto anni prima, non aveva fatto menzione di un procedimento penale in corso ma immagino che dipendesse dal fatto che non si sia ancora giunti a una sentenza definitiva. Le informazioni quindi messe a mia disposizione da un lato sostengono che la presenza in tale attività sono segno di capacità decisionali maggiori di quelle descritte in perizia (dr. _____) senza però indicare l'effettiva presenza o impegno settimanale/mensile, dall'altra esse mi vengono descritte come molto ridotte o solo nominali (avv. RA 1) come anche il signor RI 1 mi aveva descritto in corso di perizia. Ritengo che alla luce delle informazioni in mio possesso non possano modificare le conclusioni della mia perizia in quanto le attività in questione sembrano che vengano fatte in maniera esigua e non comprovino una capacità di tenuta e durata costante." (Doc. 69) Con annotazione del 14 febbraio 2019, il dr. _____ del SMR, dopo avere ripercorso l'intera vicenda dell'assicurato, ha reputato che la perizia _____ non possa essere considerata fedefacente, non essendo stata resa nella piena conoscenza di tutti i fatti necessari. In particolare, il dr. _____ ha posto in rilievo le seguenti criticità che riguardano l'apprezzamento peritale: " (...) Non si comprende perché l'assicurato abbia taciuto il ruolo nella Commissione LAFE e sul provvedimento penale in corso, fatto quest'ultimo che si traduce di norma per tutti in una notevole sofferenza. Se a questo aggiungiamo l'evidente discrepanza nell'anamnesi familiare tra quanto raccolto in perizia e quanto riferito dal dr. _____, la sorella deceduta per shock anafilattico sarebbe invece morta suicida, un fratello schizofrenico, che identifico con il fratello 74enne da alcuni mesi in "blackout": è molto improbabile una diagnosi di schizofrenia posta a 74 anni. Si tratta di elementi che meritavano notevole attenzione per discriminare tra sintomi medico-psichiatrici (rimozione conscia-inconscia di eventi vitali allo scopo di alleviare la propria sofferenza oppure così gravosi da essere stati rimossi dalla memoria per evitare gravi conseguenze) e reticenza (aspetto non medico, ma volontarietà di non riferire fatti che possano generare uno svantaggio ai propri scopi immediati) e non sono stati per nulla approfonditi. - all'estratto del conto individuale 31 gennaio 2018 stante cui l'assicurato ha svolto un'attività lavorativa remunerata per la _____ negli anni 1986-1989 e al rischio di importante perdita di

ruolo sociale (dovuta anche alla mediaticità degli eventi penali; cfr. gli articoli dei mass media 3-4 dicembre 2018) e di disponibilità finanziaria dell'assicurato nel caso di perdita dell'impiego. La perdita di ruolo sociale mina l'autostima di chiunque ma, come altri aspetti sopra considerati, non genera per sé una malattia invalidante. - agli estratti del registro di commercio 24 gennaio 2019 stante cui l'assicurato – dal momento della prima certificazione di inabilità lavorativa (ovvero dal 22 maggio 2017), senza notificarlo nell'anamnesi ai periti-: • è presidente con firma collettiva a due del _____; • è stato membro con firma collettiva a due della Fondazione _____ (sino al 6 giugno 2018); • è stato membro con firma collettiva a due con il Presidente della _____ (sino al 2 marzo 2018); • è stato membro con firma collettiva a due con il Presidente della _____ (sino al 2 agosto 2017). Vedi sotto. In sintesi: 1. La IL si è manifestata in concomitanza con i problemi sul posto di lavoro; 2. Quando era in inabilità lavorativa continua (momento determinante per l'anno di attesa) l'assicurato non ha notificato la sua presenza nella Commissione LAFE e in altre 4 società; 3. L'assicurato non ha indicato di avere in passato lavorato per la Scaresa SA e fornito dati contraddittori circa i precedenti psichiatrici familiari, rispettivamente non ne ha forniti; 4. L'assicurato – anche ad esplicita domanda – ha indicato al perito di non avere né pregressi né pendenti procedimenti penali. Tale aspetto, contrariamente a quanto asserisce il RL, non ha nulla a che vedere con la presunzione di innocenza, bensì con l'attendibilità e la plausibilità dei sintomi soggettivamente riferiti dall'assicurato e per scindere i fattori reattivi/psicosociali non tutelati dall'AI (cfr. DTF 140 V 290 e l'allegato VI della CIGI: Indicatori standard in dettaglio). I periti del _____ – oltre a non essersi pronunciati in verosimiglianza preponderante sulla coerenza e plausibilità dell'assicurato – non hanno nemmeno provato a scindere i fattori reattivi non tutelati dall'assicurazione invalidità (come la perdita di ruolo sociale vista la mediaticità del procedimento penale che arreca già di per sé in una persona con una buona reputazione molto stress e sofferenza; stati d'animo probabilmente aggravati dal fatto che l'assicurato era una persona nota nella valle in cui abitava; familiarità psichiatrica grave non meglio chiarita); 5. vi è stato un repentino peggioramento dello stato di salute una volta ricevuto il progetto di rifiuto a prestazioni (con il rischio di perdita del lavoro, l'assicurato non disporrà più delle sue ingenti entrate); 6. Come mai le cure psichiatriche, psicologiche e farmaco-terapeutiche assunte hanno avuto solo un parziale effetto? Non possiamo in realtà dare una risposta certa a quest'ultimo quesito. Tuttavia, la preponderanza data ai fattori soggettivi, il mancato accertamento di coerenza e plausibilità, non permettono di obiettivare un effetto solo parziale dei trattamenti. Alla luce di quanto precede, risulta che l'assicurato non ha notificato importanti informazioni per una corretta valutazione della sua capacità lavorativa. La perizia del _____, non scindendo dunque i fattori psicosociali e le sofferenze reattive dell'assicurato, non ha valore probatorio. Le precedenti valutazioni del SMR del 20 giugno 2018 (in linea a quanto accertato dal dr. _____ in occasione della visita clinica del 31 gennaio 2018), stante cui l'assicurato per una S. depressiva di media gravità con sintomi biologici (ICD10-F32.11) causante una IL del 20% in ogni attività dal 1° giugno 2018, vanno confermate. È, infatti, del tutto improbabile che le valutazioni presso il dr. _____ e il SMR siano avvenute in “giornate buone” mentre le visite presso il dr. _____, rispettivamente al _____, siano avvenute in “giornate no”. Ne consegue che le reputate fluttuazioni di IL sono molto inverosimili e si debba considerare esclusivamente una IL del 20% continua dal 1° giugno 2018.” (Doc. 79) Ricevuto l'aggiornamento del 18 febbraio 2019 dell'incarto da parte della _____ (dal quale risulta la continua inabilità lavorativa per ragioni psichiatriche, con

la precisazione che “il curante psi indica esplicitamente che “inoltre è da segnalare che il suo rientro sull’attuale posto di lavoro è controindicato siccome potrebbe mettere a rischio la sua stabilità psichica””, doc. 80), con annotazione del 20 febbraio 2019 il dr. _____ del SMR ha confermato la propria precedente presa di posizione, rilevando che: " (...) Non posso non rilevare come le certificazioni generiche di IL siano state eseguite fino a inizio luglio 2018 dal dr. _____ e in seguito solo dallo psichiatra dr. _____. I certificati di quest’ultimo appaiono poco coerenti, si veda ad esempio la IL certificata il 16 agosto rispettivamente il 3 settembre. Anche i rapporti del dr. _____ maggiormente dettagliati (26.03.2018, 12.07.2018, 12.12.2018, 4.2.2019) sono scarsamente informativi e non contengono elementi oggettivi utili a livello prognostico. Infatti, ogni probabilità di miglioramento è smentita dal certificato successivo, senza motivi plausibili. Si tratta verosimilmente di un diverso apprezzamento d’inabilità/capacità lavorativa dello psichiatra curante rispetto alla valutazione del dr. _____, senza basi oggettive. Così come non è basata su elementi oggettivi l’affermazione “il suo rientro nell’attuale posto di lavoro è controindicato siccome potrebbe mettere a rischio la sua stabilità psichica”. In conclusione, i documenti pervenuti non consentono di modificare la mia ultima presa di posizione.” (Doc. 83) 2.4. In sede ricorsuale, l’assicurato ha prodotto un referto, del 27 marzo 2019, con il quale la dr.ssa _____, psichiatra aggiunto presso la Clinica _____, ha indicato che l’interessato è degente dal 18 marzo 2019 “fino a data al momento indeterminata”, attestando, di conseguenza, durante tale periodo, una totale incapacità lavorativa dello stesso (doc. H). 2.5. 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 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). 2.6. Nel caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emanazione della decisione impugnata, non può condividere la valutazione del 14 febbraio 2019 con la quale il dr. _____ del SMR, sostituendo il proprio apprezzamento a quello peritale del _____, ha confermato la precedente determinazione della capacità lavorativa già effettuata dal SMR in data 20 giugno 2018. Il TCA non può ignorare che proprio dopo la valutazione del 20 giugno 2018

del dr. _____ e della dr.ssa _____ del SMR, posta a fondamento del progetto di rifiuto delle prestazioni, lo stesso SMR, preso atto delle critiche espresse in sede di audizione dal patrocinatore dell'interessato, ha ritenuto necessario richiedere un parere peritale al _____ (cfr. doc. 57). Alla luce della necessità espressa dallo stesso SMR di fare capo ad un parere peritale esterno, questo Tribunale non può aderire alla scelta, operata in un secondo momento dal dr. _____ del SMR, di sostituire il proprio parere all'apprezzamento peritale delle specialiste del _____, considerando il referto peritale di queste ultime contrassegnato, da un lato, da carenze inescusabili e basato, dall'altro, su parziali e insufficienti elementi di giudizio, che ne inficiano le conclusioni. Appare, infatti, del tutto evidente, che a fronte delle numerose lacune e incongruenze riscontrate dal dr. _____ nell'apprezzamento peritale del _____, le quali a suo modo di vedere ne compromettono l'attendibilità, il medico del SMR non avrebbe potuto, come invece successo, effettuare lui stesso una rivalutazione del caso, giungendo peraltro alla conclusione di ribadire quanto già precedentemente osservato nel rapporto medico SMR del 20 giugno 2018 (doc. 41). Al contrario, così come già avvenuto attraverso la richiesta di precisazioni avanzata dallo stesso dr. _____ del SMR al _____ in data 21 dicembre 2018 - chiedendo di verificare se le più aggiornate notizie comparse sui media erano in grado di influire sulle conclusioni peritali e rendevano eventualmente necessari ulteriori approfondimenti (cfr. doc. 65) - il medico del SMR avrebbe dovuto nuovamente rivolgersi alle specialiste del _____, segnalando tutti gli aspetti problematici da lui stesso puntualmente esposti nell'annotazione del 14 febbraio 2019 (doc. 79), poi posta a fondamento della decisione impugnata. In particolare, egli avrebbe dovuto attirare l'attenzione delle autrici del consulto peritale sull'atteggiamento di aggravazione risultante nell'incarto, nonché sugli aspetti bio/psicosociali estranei al danno alla salute (sull'importanza delle valutazioni mediche nei casi di situazioni in cui fattori esterni all'invalidità appaiano in primo piano, al fine di stabilire se il danno alla salute diagnosticato riveste carattere di malattia o sia invece secondario ai fattori esterni, cfr. DTF 127 V 294 consid. 5a pag. 299; STF 9C_269/2018 del 25 luglio 2018 consid. 4.4.2, 9C_848/2017 del 29 maggio 2018 consid. 4.2 e 9C_55/2016 del 14 luglio 2016 consid. 4) e avrebbe, inoltre, dovuto invitarle ad includere l'esame di tali atteggiamenti aggravativi nella valutazione globale di coerenza e plausibilità (ribadito che, secondo la costante giurisprudenza federale, appare indispensabile un esame degli indicatori che deve essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra, cfr. STF 9C_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28). Per tali ragioni, dunque, alla valutazione del dr. _____ del SMR non può essere riconosciuto da parte di questo Tribunale pieno valore probatorio. Analogo discorso vale, pure, per quanto concerne l'apprezzamento peritale del _____, al quale il TCA non può parimenti attribuire pieno valore probante, alla luce delle mancanze oggettive messe in evidenza in maniera dettagliata e motivata dal dr. _____ del SMR nelle annotazioni del 14 febbraio 2019, quali ad esempio, in primis, i dati anamnestici parziali – quando non addirittura contraddittori o non veritieri - a disposizione delle specialiste incaricate di peritare l'interessato, le cui conclusioni appaiono, quindi, incomplete e inaffidabili. Pertanto, stante quanto sopra esposto, questa Corte ritiene di non potere, con la necessaria tranquillità, fondare il proprio giudizio né sull'apprezzamento eseguito dal dr. _____ del SMR in data 14 febbraio 2019 in sostituzione della valutazione peritale del _____, né su quest'ultima, a sua volta priva del necessario valore probante, ma ritiene indispensabile che le affezioni psichiche presentate dall'interessato vengano approfondite attraverso una accurata valutazione

peritale da parte di un altro specialista esterno (come del resto richiesto dall'amministrazione nella risposta di causa, cfr. doc. IV) 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). Va, del resto, rilevato che l'amministrazione stessa, in sede di risposta di causa, ha riconosciuto che nell'incarto sono presenti delle " conclusioni mediche divergenti ", le quali potrebbero giustificare un rinvio degli atti all'Ufficio AI per la messa in atto di ulteriori approfondimenti (cfr. doc. IV, corsivo della redattrice). Rinvio che, inoltre, si giustifica pure tenuto conto del più recente ricovero dell'interessato presso la Clinica _____ di _____, certificato in data 27 marzo 2019 (cfr. doc. H). Nonostante la data di tale referto, va rilevato che il ricovero è intervenuto a partire dal 18 marzo 2019 – e quindi in epoca precedente alla data di emanazione della decisione impugnata (del 20 marzo 2019), la quale delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti) – ciò che potrebbe essere sintomo di un peggioramento delle condizioni dell'interessato intervenuto nel frattempo (e quindi nel periodo precedente alla decisione impugnata, dato che 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 venne emanata (qui il 20 marzo 2019), quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b)). 2.7. 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 2.6., ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, si giustifica il rinvio degli atti all'amministrazione affinché metta in atto gli accertamenti peritali specialistici necessari al fine di chiarire quale sia lo stato di salute dell'interessato e le ripercussioni dello stesso sulla sua capacità lavorativa. Quindi in esito a tali complementi istruttori, l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita di invalidità dell'assicurato. 2.8. Secondo gli art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). In concreto, visto l'esito del ricorso, le spese per fr.

500.-- vanno messe a carico dell'Ufficio AI. 2.9. 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, rappresentato in causa da un legale, ha diritto all'importo di fr. 2'200.- 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.).

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