

## **TI\_GERICHTE 32.2018.27 vom 16. Januar 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-01-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.27)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.27 du 16 janvier 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.27 del 16 gennaio 2018

### **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). Secondo la giurisprudenza le tossicomanie ( sindromi da dipendenza quali per esempio l'alcolismo [RCC 1989 pag. 283, 1969 pag. 236], la dipendenza da medicinali [RCC 1964 pag. 115] o da droghe [RCC 1992 pag. 180, 1987 pag. 467, 1973 pag. 600], l'abuso di nicotina oppure l'obesità [RCC 1984 pag. 359] ) non giustificano di per sé un'incapacità al lavoro. Esse possono tuttavia avere l'effetto di un danno alla salute invalidante se sono la conseguenza o il sintomo di un danno invalidante alla salute mentale o fisica, oppure hanno causato un notevole danno fisico e/o mentale quale una durevole lesione cerebro-organico-neurologica oppure un irreversibile mutamento di natura organica della personalità affettiva (DTF 124 V 265, consid. 3c, pag. 268; vedi anche STF 9C\_395/2007 del 15 aprile 2008 consid. 2, I 870/07 del 20 novembre 2007 consid. 3, I 556/06 del 13 settembre 2007 consid. 3.1, I 384/06 del 4 luglio 2007 consid. 4 e I 56/05 del 31 gennaio 2007 consid. 4 tutte con riferimenti). Occorre pertanto verificare se la tossicodipendenza è la conseguenza di un danno alla salute fisica o mentale di natura patologica preesistente oppure se la dipendenza è la ragione di un susseguente danno alla salute suscettibile di diminuire la capacità al guadagno in maniera permanente o di lunga durata (Pratique VSI 2001, pagg. 227-228, consid. 5 e 6; vedi anche STF 9C\_620/2017 del 10 aprile 2018 consid. 2.2.1 e 8C\_582/2015 dell'8 ottobre 2015 consid. 2.2.1 pubblicata in SVR 2016 IV Nr. 3 pag. 7). 2.4. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a e 122 V 160 consid. 1c). 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 9C\_323/2009 del 14 luglio 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 (cfr. anche la STF 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010). Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465). 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 9C\_757/2016 del 10 febbraio 2017 consid. 4.2; 8C\_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C\_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C\_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer/Reichmuth, op. cit., ad art. 28a, pag. 398) 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). 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, consid. 5.3).

2.5. Nel caso di specie, l'assicurato è stato professionalmente attivo da ultimo come disegnatore tecnico presso una ditta di \_\_\_\_\_ dal dicembre 2007 al 31 gennaio 2015, data per la quale egli è stato licenziato per motivi di ristrutturazione (doc. AI 12). Ricevuta la domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha provveduto innanzitutto a richiamare la documentazione dall' \_\_\_\_\_, in relazione a tre infortuni di cui l'assicurato era stato vittima nel marzo e nel luglio 2014 e il 28 giugno 2016. In occasione di quest'ultimo infortunio l'assicurato aveva riportato una lesione al ginocchio sinistro oltre a contusioni multiple, in uno stato di "sindrome psicotica acuta con ansia e sintomi dissociativi" con conseguente ricovero all'ospedale neuropsichiatrico di \_\_\_\_\_ dal 28 giugno al 10 agosto 2016 (doc. AI 13, 23). Nel rapporto all'AI del 3 novembre 2016 il dr. \_\_\_\_\_, generalista curante, ha attestato un'inabilità lavorativa completa dal 28 giugno 2016 a motivo di un "disturbo nell'ambito psichiatrico" (doc. AI 13). Dal canto suo, il 7 febbraio 2017 il dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ (SPS), che ha

in cura l'assicurato dal 10 agosto 2016, ha certificato una "Sindrome psicotica dovuta all'uso di cannabinoidi, prevalentemente delirante (ICD10: F 12.51), altra sindrome psicotica acuta prevalentemente delirante (ICD10: F 23.3)" e una conseguente inabilità lavorativa completa dal 28 giugno al 29 settembre 2016 e in seguito del 50%. Lo psichiatra ha precisato che il paziente presentava attualmente uno stato di remissione della patologia psicotica, permanendo però una certa rigidità nel contatto interpersonale con affettività spesso coartata e una lieve deflessione umorale associata ad apatia ed adonia. Proprio questi sintomi determinavano una diminuzione della capacità di adattamento, rendendo difficile l'inserimento lavorativo (doc. AI 23). Lo psichiatra ha prodotto il rapporto di dimissione del 12 agosto 2016 della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, con il quale si attestava: \_\_\_\_\_ " (...). Diagnosi alla dimissione Sindrome psicotica dovuta all'uso di cannabinoidi, prevalentemente delirante (ICD 10: F12.51) (...). Anamnesi patologica psichiatrica Dal punto di vista medico-psicologico e legato ai sintomi, il paziente inizia a consumare cannabis all'età di 24 anni. In un primo momento il consumo era sporadico e unito all'alcool con lo scopo di raggiungere uno stato di euforia e di benessere. Dal 2014 il consumo di cannabis è aumentato fino a raggiungere la frequenza di 3-4 canne/die. Sembrerebbe che la sostanza abbia acquisito uno scopo autoterapeutico sedativo. Il paziente riferisce che, dal suo licenziamento, ha incrementato l'utilizzo di videogiochi (giochi del tipo "ammazza tutti") avvertendo un senso di superiorità strategica durante il gioco con conseguente benessere. Il paziente è stato seguito per un anno dal Dr. med. \_\_\_\_\_ e dalla psicologa Dr.ssa \_\_\_\_\_ per un quadro depressivo conseguente alla perdita del lavoro. (...). Motivo del ricovero - Problema attuale Paziente ai primo ricovero psichiatrico, riferisce di essere già stato seguito in psicoterapia per circa un anno nell'ambito di una deflessione timica reattiva alle problematiche di lavoro. Il paziente, nella giornata del 25.06.2016, si allontanava inaspettatamente dal proprio appartamento, lasciando perdere le proprie tracce ai familiari, i quali effettuavano denuncia di scomparsa. Il paziente è stato ritrovato in data 28.08.2016, steso nudo sotto un albero, urlante, dolorante per traumatismi e apparentemente amnesico rispetto alla fuga. Condotta al Pronto soccorso, veniva sottoposto ai necessari accertamenti con riscontro di una lussazione della rotula sinistra, che veniva ridotta. Venivano escluse cause somatiche alla base del quadro clinico (TC cerebri negativa) e screening tossicologico risultava positivo al THC. Veniva, quindi, richiesta una consulenza psichiatrica (Dr.ssa med. \_\_\_\_\_) che rilevava la presenza di sintomi psicotici quali allucinazioni visive, idee persecutorie e appiattimento affettivo. Pur escludendo una suicidalità attiva, proponeva un ricovero in ambiente psichiatrico, che il paziente accettava. Status all'ammissione Paziente in buone condizioni igieniche, in esiti di politrauma contusivo. Era tranquillo e collaborante all'intervista effettuata in parte alla presenza dei familiari. Vigile, lucido, sufficientemente orientato nel tempo, ben orientato negli altri parametri. Riferiva amnesia rispetto all'allontanamento da casa e al periodo della scomparsa, ricordando di essersi poi svegliato nel bosco. Concentrazione mantenuta, comprensione intatta. Eloquio rallentato, espresso con tono flebile, monocorde, anaffettivo, a tratti esitante. Pensiero povero nelle associazioni, in assenza di evidenti disturbi formali. Riportava vissuti paranoici prima dell'allontanamento, con sensazione di essere seguito con atmosfera delirante nei giorni precedenti la fuga dai domicili. Negava inizialmente dispercezioni visive e uditive, ma in seguito descriveva all'infermiera allucinazioni visive e ideazioni mistiche, per cui si sentirebbe chiamato a modificare radicalmente la propria esistenza. Umore soggettivamente deflesso, affettività visibilmente appiattita, sguardo perplessivo, mimica e gestualità ipomobili. Negava idee di morte o suicidali attuali o

pregresse. Lamentava ansia psichica rispetto alla propria condizione socioprofessionale e familiare, accennando a un "distacco" dal padre. Presente insonnia globale negli ultimi giorni. Riferito consumo quotidiano di cannabis, intensificatosi nell'ultimo periodo (quantifica una spesa di circa 50 fr. ogni 2 settimane), e occasionale di alcol (birra in contesti sociali). Insight assente, con ambivalenza rispetto al ricovero stazionario. (...). Decorso clinico I primi giorni di degenza in ambito stazionario hanno consentito un'osservazione clinica con riscontro di pervasive esperienze psicotiche persecutorie culminate poi nella fuga dal domicilio rispetto alla quale il paziente era inizialmente amnesico per poi ricostruire retrospettivamente l'accaduto nei giorni successivi. Il paziente, seppure inizialmente con molte perplessità e timore per effetti collaterali soprattutto sedativi, ha accettato anche una terapia farmacologica, inizialmente con Aloperidolo poi sostituito con Risperidone. Ha, inoltre beneficiato di regolari colloqui psicologici sia individuali che familiari che hanno consentito di fare luce su alcune dinamiche relazionali disfunzionali soprattutto con il padre, visto come ipercontrollante. Il paziente, che ha una personalità di base con tratti schizoidi, ha chiaramente riconosciuto il ruolo degli stressors ambientali (incomprensioni con il padre, perdita del lavoro, rottura di una relazione sentimentale) e del consumo massiccio di cannabinoidi come trigger dell'attuale scompenso psicotico. Successivamente è stato trasferito a domicilio con presa a carico intensiva che ha consentito di osservare una progressiva e stabile remissione dei sintomi produttivi e il recupero di una maggiore risonanza affettiva con umore eutimico e affettività meno coartata. E' stato, inoltre, possibile effettuare lavoro di psico-educazione rispetto al quale il paziente ha mantenuto un atteggiamento proattivo e curioso pur tendendo ad adottare strategie di tipo sealing-over rispetto alle esperienze psicotiche guardate con vergogna e come completamente egodistoniche. Ha complessivamente ben tollerato la terapia psicofarmacologica con Risperidone senza mostrare significativi effetti collaterali. Permane una certa rigidità nella motricità e nel contatto interpersonale con affettività spesso coartata e difficoltà nella descrizione di alcuni stati emotivi che caratterizzavano il funzionamento mentale del paziente anche prima dell'attuale fase di franco scompenso psicotico. E' stato, inoltre, accompagnato presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con diversi incontri di rete allo scopo di creare una continuità terapeutica con le figure di riferimento ambulatoriali (psichiatra, psicologo, infermiere di riferimento). Il paziente ha, inoltre, intrapreso FKT per recuperare funzionalità articolare dopo la lussazione della rotula sinistra. Ha effettuato, infine, degli incontri con un'orientatrice professionale mostrando una buona e congrua progettualità futura. Veniva, quindi, dimesso in condizioni cliniche e comportamentali stabili. (...)" (doc. AI 23b) La documentazione, inclusa quella dall'assicuratore infortuni, è quindi stata sottoposta al dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale, nel rapporto finale del 12 novembre 2017, ammesse inabilità lavorative del 100% dal 28 giugno al 30 settembre 2016, del 50% in seguito e sino al 1 marzo 2017, quindi del 25% sino al 1 aprile 2017 e nulla in seguito, nella sua attività lavorativa così come in ogni altra, ha posto le diagnosi di " trauma contusivo/distorsivo al ginocchio sinistro del 28.6.2016 con/su stato dopo esiti lussazione rotula sinistra, ICD 10 F19 disturbi psicotici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive " e dopo aver affermato che non vi erano limitazioni funzionali psichiatriche in assenza del consumo di droghe, ha esposto le seguenti osservazioni conclusive: " (...)

L'assicurato è stato in IL a causa di patologia somatica. A causa della sua politossicodipendenza (THC, alcoolici) a cui si sono associati sintomi afferenti allo spettro psicotico, l'assicurato è stato ricoverato in ambito stazionario psichiatrico presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Sulla base della documentazione medica in dossier è possibile

affermare che i sintomi descritti dai medici psichiatri che hanno avuto in cura l'assicurato sono con verosimiglianza preponderante riconducibili integralmente alla politossicodipendenza dell'assicurato. La tossicodipendenza non costituisce un danno alla salute ai sensi dell'Al, atto a diminuire la capacità di guadagno dell'assicurato. Conseguentemente e per questo motivo i periodi di IL certificati dal collega psichiatra non possono essere ritenuti validi ai sensi dell'Al. Inoltre l'invalidità può essere ritenuta solo se accertata secondo le regole della verosimiglianza preponderante in uso nella assicurazioni sociali e la terapia deve essere stata regolarmente seguita, nel senso che le possibilità di trattamento ipotizzabili ed esigibili dal punto di vista medico specialistico (sia di natura ambulatoriale che ospedaliera) devono essere state utilizzate in modo ottimale e costante da un paziente collaborativo. Come si evince dalla documentazione medica, non c'è evidenza del fatto che l'assicurato si sia mantenuto astinente dal consumo di sostanze psicotrope multiple cosa sicuramente esigibile da un assicurato la cui capacità di comprensione risulta senza limite, come scritto nel rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_. (doc. AI 31) Con provvedimento del 16 gennaio 2018 l'amministrazione ha quindi negato l'attribuzione di prestazioni, ritenendo in sostanza che l'incapacità lavorativa era dovuta primariamente alle conseguenze della tossicodipendenza, motivando come segue: " (...) Esito degli accertamenti: In data 11.11.2016 lei ha depositato una richiesta di prestazioni Al per adulti, intesa all'ottenimento di provvedimenti d'integrazione professionali/rendita. Esaminata l'intera documentazione acquisita agli atti, è stato possibile oggettivare che a causa dell'evento infortunistico occorso in data 28.06.2016 lei ha presentato-le seguenti incapacità lavorative: 100% dal 28.06.2016 al 30.09.2016 50% dal 01.10.2016 al 28.02.2017 25% dal 01.03.2017 al 31.03.2017 0% dal 01.04.2017 A decorrere dal 01.04.2017 dal profilo medico non è più oggettivata alcuna incapacità lavorativa dovuta a patologie invalidanti ai sensi della Legge Al. Rammentiamo che una dipendenza da sostanze tossiche può essere considerata invalidità quando la tossicodipendenza è conseguenza di un danno alla salute il quale conduce o ha condotto ad un'invalidità. Ciò che non è presente nella fattispecie. Sulla base della documentazione medica a dossier, il nostro Servizio Medico Regionale ha infatti potuto affermare che i sintomi descritti dai medici psichiatri che l'hanno avuta in cura sono, con verosimiglianza preponderante, riconducibili integralmente alla sua politossicodipendenza. In assenza di consumo di sostanze tossiche, non è riscontrabile alcuna limitazione funzionale psichiatrica. Dal 01.04.2017 l'esigibilità lavorativa può quindi essere considerata completa. Non si giustifica pertanto il riconoscimento di provvedimenti professionali Al né il diritto ad una rendita d'invalidità. Il periodo d'incapacità lavorativa presentato, dovuto esclusivamente a patologia somatica, non ha raggiunto carattere di lunga durata conformemente all'art. 28 LAI." 2.6. L'insorgente ha censurato la decisione, contestando in particolare la conclusione per cui le problematiche psichiche sarebbero secondarie all'uso di stupefacenti, rilevando peraltro di aver assunto, e solo "saltuariamente", unicamente marijuana. Ha prodotto un rapporto del 22 marzo 2018 del curante dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, per il quale: " Il signor RI 1 è seguito presso il Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ dal 21 luglio 2016 nell'ambito di una sindrome psicotica acuta prevalentemente delirante. Dopo questo periodo di osservazione possiamo affermare che la diagnosi emessa in Clinica \_\_\_\_\_ durante il ricovero del 28 giugno 2016 "Sindrome psicotica dovuta all'uso di cannabinoidi, prevalentemente delirante, ICD-10 F12.51" è stata modificata in "Altra sindrome psicotica acuta prevalentemente delirante, ICD-10 F23.3". Importante sottolineare il fatto che l'uso di cannabinoidi ha slantizzato la sintomatologia psicotica e non l'ha provocata." (doc. B) In

merito il 20 aprile 2018 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha affermato: " Ho preso visione della documentazione medica allegata al ricorso al TCA e in particolare del rapporto medico del dr.med. \_\_\_\_\_ del 22.03.2018. Nel rapporto medico di dimissione dalla clinica psichiatrica cantonale del 12.08.2016, allegato al rapporto medico del 07.02.2017 firmato dal dr.med. \_\_\_\_\_ e dal dr.med. \_\_\_\_\_, nell'anamnesi patologica psichiatrica si legge come l'assicurato fosse solito associare il consumo di cannabis agli alcoolici con lo scopo di raggiungere uno stato di euforia e di benessere. Nello status all'ammissione in clinica, l'assicurato stesso confermava come oltre al consumo quotidiano di cannabis, intensificato nel periodo precedente al ricovero, l'utilizzo di alcoolici fosse ancora fra le sue abitudini. Tale quadro, dal punto di vista nosografico, è meglio descrivibile secondo ICD 10 con la definizione di disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive (THC e alcoolici). Secondo il manuale ICD 10, per poter porre la diagnosi di "altra sindrome psicotica acuta prevalentemente delirante" (ICDIO F23.3) a cui fa riferimento il dr. \_\_\_\_\_, medico assistente, uno dei criteri diagnostici è che non vi sia evidenza di uso recente di sostanze psicoattive, cosa che invece appare documentata. Anche tralasciando questo aspetto, il criterio diagnostico fondamentale è che la durata totale della sintomatologia non superi i tre mesi, per tale motivo non sarebbe comunque giustificabile una limitazione della CL invalidante ai sensi dell'Al. Infine il dr. med. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 22.03.2018, evidenzia come nel caso specifico l'uso di cannabinoidi abbia slatentizzato la sintomatologia psicotica e non l'abbia provocata. L'evidenza agli atti è che in assenza del consumo di cannabinoidi, verosimilmente associati ad alcoolici, la sintomatologia non era evidenziabile e conseguentemente non aveva ripercussioni sulla CL dell'assicurato. In concomitanza con un periodo di intensificato consumo di THC da parte dell'assicurato, i sintomi sono comparsi e hanno limitato la CL dell'assicurato. Peraltro l'affermazione del dr.med. \_\_\_\_\_ non è ulteriormente oggettivata e non appare oggettivabile dal punto di vista medico in considerazione del fatto che il dr.med. \_\_\_\_\_ ha conosciuto il paziente il 10.08.2016 mentre i medici che hanno avuto in cura l'assicurato in clinica psichiatrica cantonale prima di lui durante il ricovero, non hanno avuto dubbi nel formulare la diagnosi di sindrome psicotica dovuta all'uso di cannabinoidi, prevalentemente delirante (ICDIO F12.51) ponendo una chiara ed evidente associazione fra il consumo di cannabinoidi e l'insorgenza della sintomatologia. Alla luce di quanto esposto non posso che confermare la presa di posizione SMR precedente e non ritengo necessario, allo stato attuale, procedere ad accertamenti specialistici." (doc. A XI/1) In seguito, con ulteriori osservazioni del 19 giugno 2018 il dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (doc. XVI/1) e il 27 giugno 2018 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR (doc. XVIII/1) si sono ribaditi nelle loro posizioni (cfr. in esteso al consid. 2.7). 2.7. Nella fattispecie, l'Ufficio AI ha ammesso l'esistenza di inabilità lavorative, a dipendenza delle conseguenze dell'infortunio al ginocchio sinistro del 28 giugno 2016, del 100% dall'infortunio, del 50% dal 1. ottobre 2016 e del 25% dal 1. marzo 2017 al 31 marzo 2017. Dal 1. aprile 2017 ha per contro ritenuto che non era più oggettivata alcuna inabilità lavorativa dovuta a patologie invalidanti ai sensi della LAI. Osservato come il SMR avesse ritenuto che, successivamente al 1. aprile 2017, i sintomi descritti dai medici psichiatri fossero, con verosimiglianza preponderante, riconducibili integralmente alla sua politossicodipendenza e che in assenza di consumo di sostanze tossiche non fosse riscontrabile alcuna limitazione funzionale psichiatrica - richiamato il principio per cui una dipendenza da sostanze tossiche può essere considerata invalidità quando la tossicodipendenza è conseguenza di un danno alla salute il quale conduce o ha

condotto ad un'invalidità, ciò che non è presente nella fattispecie - l'amministrazione ha escluso la concessione di prestazioni visto che dal 1. aprile 2017 l'esigibilità lavorativa poteva essere considerata nuovamente completa. Hanno quindi sostanzialmente negato l'esistenza di un'affezione rilevante ai sensi della LAI successivamente al 1. aprile 2017, ritenendo l'inabilità dell'assicurato legata non a una patologia di base psichica, ma all'abuso di droghe. Se da una parte le conseguenze delle affezioni al ginocchio sinistro non danno luogo ad alcuna contestazione in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato, ristabilita a far tempo dal 1. aprile 2017, dall'altra l'esistenza di una problematica psichica rilevante ai sensi dell'AI è il fulcro della decisione contestata. Ora, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attento esame degli atti, richiamata la giurisprudenza relativa al valore probatorio di atti medici (cfr. consid. 2.4), questo Tribunale non può confermare la decisione impugnata. La refertazione medica non consente infatti di addivenire, secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nel campo delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), ad una chiara conclusione sulle effettive condizioni di salute psichica dell'assicurato e sulle relative ripercussioni invalidanti. In particolare, dalla documentazione all'inserto non è possibile accertare con la dovuta chiarezza se l'abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche sia stata causa o conseguenza delle problematiche psichiche di cui soffre l'assicurato, rispettivamente nel caso in cui ne fosse stata la causa, in che misura queste malattie psichiche sarebbero rilevanti ai sensi dell'AI, provocando una perdita di guadagno permanente o di lunga durata (cfr. consid. 2.3). Durante la procedura ricorsuale l'assicurato ha prodotto un rapporto medico del 22 marzo 2018 del dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, che ha evidenziato che, sulla base del periodo di osservazione dal luglio 2016, andava modificata la diagnosi precedentemente posta dai sanitari della Clinica di \_\_\_\_\_ (alla dimissione dal ricovero dal 28 giugno al 10 agosto 2016) di "Sindrome psicotica dovuta all'uso di cannabinoidi, prevalentemente delirante, ICD-10 F12.51" nella diagnosi di "Altra sindrome psicotica acuta prevalentemente delirante, ICD-10 F23.3". Lo specialista curante ha pure sottolineato il fatto che a suo parere "l'uso di cannabinoidi ha slatentizzato la sintomatologia psicotica e non l'ha provocata" (doc. B). In data 19 giugno 2018 il medesimo dr. \_\_\_\_\_, in risposta alle argomentazioni del medico SMR (per il quale in sostanza vi era una chiara associazione fra il consumo di cannabinoidi e l'insorgenza della sintomatologia psichica; cfr. doc. XI/1 e in esteso al consid. 2.6), ha ancora affermato: "(...) Ho letto il rapporto del Dr. Med. \_\_\_\_\_ del 20.04.2018 nel quale contesta la diagnosi emessa dal sottoscritto e quindi l'altra sindrome psicotica acuta prevalentemente delirante" (ICD 10: F23.3) basandosi in primis sulla durata totale della sintomatologia che in questo caso ha superato i 3 mesi. Colgo l'osservazione corretta del collega per trasmettervi la diagnosi esatta del paziente, tenendo conto della durata della patologia e la sua evoluzione nei mesi successivi al ricovero, e quindi "Schizofrenia non specificata (ICD 10: F20.9) in Diagnosi differenziale con Sindrome delirante persistente (ICD 10: F.22)". Continuo contestando quanto scritto dal collega ed in particolare la sua osservazione, che "l'evidenza agli atti è che in assenza del consumo di cannabinoidi, verosimilmente associati al alcoolici, la sintomatologia non era evidenziabile e conseguentemente non aveva ripercussioni sulla CL dell'assicurato" in quanto questa osservazione è assolutamente ipotetica. Dall'anamnesi come descritto anche nel rapporto della \_\_\_\_\_ il paziente ha iniziato a consumare cannabis dal 2011 e quindi 5 anni prima del ricovero in \_\_\_\_\_, mentre dal 2014 aveva inoltre incrementato il consumo

senza però riferiti sintomi psicotici, apparsi per la prima volta qualche settimana prima del ricovero nel 2016, il consumo di sostanze quindi appare secondario alla patologia psichiatrica del paziente, che come riferito in precedenza si sta orientando verso una diagnosi di psicosi cronica. Concludo ribadendo che la diagnosi emessa in \_\_\_\_\_, e quindi basata su aspetti acuti della patologia si sta modificando verso una psicosi organica, necessitante di cure continue.” (doc. XVI/1) Al riguardo, il 27 giugno 2018 il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha ulteriormente affermato la sua convinzione, adducendo che “(...) Il consumo di sostanze psicotrope è oggettivo e documentato persino nello stesso certificato medico del dr.med. \_\_\_\_\_ e con verosimiglianza preponderante è la causa dei sintomi dell'assicurato. Sottolineo come non ci sia evidenza alcuna del fatto che l'assicurato abbia curato la sua dipendenza dal consumo di sostanze psicotrope multiple. Il fatto che tale consumo appaia agli occhi del medico curante "secondario" alla patologia psichiatrica, patologia che di fatto non è ancora stata nemmeno definita precisamente, a mio avviso non può che confermare che il consumo di cannabis e di alcolici sia il principale problema di salute dell'assicurato con ripercussioni sulla sua CL” (doc. XVIII/1). Ora, se è vero, come implicitamente suggerito dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, che le conclusioni dello psichiatra curante necessitano quantomeno di approfondimenti, le certificazioni mediche agli atti, che peraltro si limitano essenzialmente nelle sole prese di posizione del curante e del SMR, non forniscono un'opinione sufficientemente chiara e motivata in merito all'esatta natura e alla gravità delle affezioni di natura psichiatrica oltre che alla loro incidenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato e in particolare al rapporto tra le stesse e la dipendenza da droghe e alcol. La conclusione del medico SMR - che ha escluso il diritto a prestazioni essendo le affezioni psichiche da ricondurre esclusivamente al problema di tossicodipendenza - appare non sufficientemente suffragata da elementi probatori. Del resto, in relazione alle problematiche psichiche di cui soffre il ricorrente non è stato esperito alcun accertamento peritale, tantomeno sulla base di un'osservazione specialistica sull'arco di più giorni, ciò che peraltro avrebbe eventualmente permesso anche di ipotizzare una valutazione della rispondenza dell'interessato ad un periodo di forzata astinenza da etile e da cannabis. Quanto affermato dal medico SMR si è invero basato sul solo esame dei - peraltro assai scarni - documenti agli atti, ma non su un esame clinico personale dell'assicurato. Inoltre, quanto affermato dallo psichiatra curante nei certificati prodotti, e che peraltro si riferisce manifestamente anche al periodo precedente la data decisiva del provvedimento contestato (il quale, per giurisprudenza costante, delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4), necessita ulteriore approfondimento. In effetti il dr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, che ha in cura il ricorrente da due anni e, quindi, un tempo sicuramente considerevole ai fini dell'apprezzamento di una patologia psichiatrica, non solo ribadisce la sua conclusione riguardo al fatto che non è l'uso della cannabis ad aver provocato i problemi psichici di cui soffre l'interessato, ma rispetto alla precedente presa di posizione precisa ulteriormente la diagnosi in “ Schizofrenia non specificata (ICD 10: F20-9) in Diagnosi differenziale con Sindrome delirante persistente (ICD 10: F22) ”, conclusione cui è pervenuto “ tenendo conto della durata della patologia e la sua evoluzione nei mesi successivi al ricovero ”. Lo specialista contesta quindi con fermezza quanto scritto dal dr. \_\_\_\_\_ circa il fatto che “ in assenza del consumo di cannabinoidi verosimilmente associati ad alcolici, la sintomatologia non era evidenziabile e conseguentemente non aveva ripercussioni sulla CL ”, ritenendo tale conclusione “ assolutamente ipotetica ”. Osserva in proposito come dagli atti risulti che l'assicurato abbia iniziato a consumare cannabis dal 2011, consumo poi incrementato dal 2014. Il fatto che i

sintomi psicotici sarebbero intervenuti “solo” nel 2016 dimostrerebbe a suo avviso che il consumo di sostanze era “ secondario alla patologia psichiatrica del paziente” (doc. XVI/1). Ora, pur ammettendo che tali conclusioni, contestate dal SMR (cfr. doc. XVIII/1), non appaiono ancora esaustive, le stesse confermano la necessità di un chiarimento ulteriore. Già il fatto, peraltro sottolineato pure dal medico SMR, che la diagnosi non sia tuttora chiara, e questo malgrado il periodo protratto di osservazione, essendo inizialmente stata posta dai sanitari della clinica psichiatrica quella di “ sindrome psicotica dovuta all’uso di cannabinoidi, prevalentemente delirante ICD-10 F 12.51” , quindi di “ altra sindrome psicotica acuta prevalentemente delirante ICD-10 F23.3 ” (certificato del dr. \_\_\_\_\_ del 22 marzo 2018, doc. B), e infine di “ schizofrenia non specificata (ICD 10: F20.9) in diagnosi differenziale con Sindrome delirante persistente (ICD-10 F22)” (certificato del dr. \_\_\_\_\_ del 19 giugno 2018, doc. XVI/1), motiva la necessità di un approfondito esame peritale. Del resto a questo proposito non si può aderire alla tesi del SMR, che appare affrettata, per il quale in sostanza proprio la difficoltà di indicare una diagnosi precisa dimostrerebbe che il consumo di cannabis e di alcoolici sia il principale problema di salute dell'assicurato con ripercussioni sulla sua capacità lavorativa. In realtà, come è stato detto, difetta nella fattispecie un'approfondita valutazione peritale capace di chiarire la vera natura delle problematiche psichiatriche di cui l'assicurato è sofferente, il loro rapporto con il consumo di droghe e alcol e, infine, la loro effettiva valenza invalidante. Sia peraltro osservato che dal rapporto allestito dai sanitari della clinica psichiatrica del 12 agosto 2016 emerge pure una certa familiarità in relazione alle problematiche psichiatriche, considerato come sia il padre che il fratello del ricorrente ne siano pure stati interessati (doc. AI 23b). Inoltre, quanto al fatto che a detta del medico SMR “ non ci sia evidenza alcuna del fatto che l'assicurato abbia curato la sua dipendenza dal consumo di sostanze psicotrope multiple” (doc. XVIII/1), tale circostanza non appare, perlomeno a questo stadio della procedura, decisiva ai fini della conclusione per cui la dipendenza da droghe e alcol sia la causa dei sintomi dell'assicurato. Sia in proposito osservato che ai fini di una corretta valutazione della fattispecie non risulta sia nemmeno stata valutata l'opportunità di pretendere dall'assicurato di sottoporsi ad un periodo di astensione dalle sostanze, di durata da definire. E questo naturalmente previo esame circa l'eventuale esistenza di elementi medici che giustifichino una mancata collaborazione da parte dell'assicurato ad astenersi dall'uso di sostanze e a non sottoporsi a quei trattamenti utili ad un controllo di tale problematica. Anche la possibilità di approntare o meno un periodo di astensione dovrà quindi essere oggetto di accurata valutazione da parte dei periti che dovranno approfondire il caso. In proposito sia pure segnalata la possibilità per l'amministrazione di far uso, se necessario, dell'art. 43 cpv. 3 LPGA, secondo cui se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere di informare o di collaborare, l'assicurazione può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia (in questo senso vedi anche la STF 9C-1011/2010 del 15 dicembre 2011 consid. 7 e la STCA 32.2011.204 del 27 gennaio 2012). A mente di questo Tribunale, la documentazione agli atti doveva quindi indurre l'amministrazione a procedere ad un accertamento peritale di natura psichiatrica atto a stabilire in maniera convincente l'esistenza o meno di una patologia psichica di natura invalidante rispettivamente la sua esatta natura e il rapporto con la tossicodipendenza del ricorrente, nonché infine la sua incidenza sulla capacità lavorativa. Dai rapporti medici non emerge infatti con sufficiente

chiarezza se l'abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche sia stata causa o conseguenza delle problematiche psichiche di cui soffre l'assicurato, rispettivamente in che misura queste malattie psichiche siano rilevanti ai sensi dell'AI. A mente del TCA, conformemente alla giurisprudenza riportata ai consid. 2.3. e 2.4, appare pertanto necessario procedere ad un complemento istruttorio volto a determinare, tramite l'esperimento di una perizia psichiatrica, se la tossicodipendenza, conformemente alla giurisprudenza federale, sia la conseguenza di un'affezione psichica invalidante e rilevante ai fini assicurativi o se abbia causato un simile danno alla salute, valutazione che secondo questo TCA è in questo caso possibile e necessaria (cfr. al riguardo: STFA inedita del 2 luglio 2004 nella causa V., I 141/04, consid. 2.3; del 4 agosto 2003 nella causa I, I 67/03, consid. 2.2; cfr. anche STCA dell'8 febbraio 2006 nella causa D., 32.2005.94). 2.8. Quanto al rinvio degli atti all'amministrazione va rilevato che nella STF 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Il TCA in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). Nel caso concreto, stante l'evidente necessità, desumibile dall'incarto AI, di completare gli accertamenti, la decisione impugnata va annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché proceda a tutti gli accertamenti più opportuni finalizzati ad una nuova e completa valutazione nel senso sopra indicato in merito alle affezioni psichiatriche di cui è portatore il ricorrente. Il perito dovrà quindi se del caso anche esprimersi se attualmente vi è astinenza da abuso di sostanze e nel caso d'un persistente abuso dovrà valutarne le conseguenze sulla capacità lavorativa, indicando se un'astinenza risulta esigibile e realizzabile. In esito a tali accertamenti, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurato. 2.9. 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI, il quale verserà pure al ricorrente, patrocinato in causa, fr. 1'500 di ripetibili (IVA inclusa; art. 61 cpv. 1 lett. g LPG). Visto l'esito favorevole del ricorso e l'assegnazione di ripetibili, per costante giurisprudenza federale l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio presentata dall'assicurato (doc. VI, X) è priva d'oggetto (DTF 124 V 309 consid. 6, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02).