

## **TI\_GERICHTE 32.2020.35 vom 7. Februar 2020**

TI Tribunale d'appello, 2020-02-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2020.35](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.35)

FR: TI\_GERICHTE 32.2020.35 du 7 février 2020

IT: TI\_GERICHTE 32.2020.35 del 7 febbraio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGGA). Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Va ancora rilevato che con sentenza 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di

salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). 2.5. Per quel che concerne l'invalidità psichica, con due sentenze 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza

precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C\_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (STCA 32.2017.116 del 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.). Vedi pure STCA 32.2018.145 del 21 ottobre 2019, consid. 2.3, STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.3 e STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.4. 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). 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 Sozialversicherungsrecht, 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; STCA 32.2019.36 dell'11 febbraio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2019.127 del 25 maggio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2019.189 del 6 luglio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.5). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. CATTANEO, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. CATTANEO, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS/RSAS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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 psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante 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 psicosociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352; cfr. STCA 32.2018.57 del 18 marzo 2019, consid. 2.5; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.4 in fine e STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.4, STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.7 e STCA 32.2019.219 del 15 luglio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2020.8 del 20 agosto 2020, consid. 2.4). 2.7. Ad una perizia allestita esclusivamente sulla base degli atti dell'incarto può essere riconosciuto valore probante nella misura in cui quest'ultimo contenga sufficienti apprezzamenti medici che, a loro volta, si fondano su un esame personale dell'assicurato (cfr. RAMI 1988 U 56, p. 370s. consid. 5b ed il riferimento; "Aktegutachten"). Tale giurisprudenza va tuttavia relativizzata quando si tratta di valutare delle questioni che necessitano di una perizia psichiatrica, nel senso che una perizia in questo settore della medicina, di principio, deve essere allestita sulla base di un consulto personale (cfr. DTF 127 I 54 consid. 2e-g e riferimenti, citata in RAMI 2001 U 438, p. 345 s.; STCA dell'8 agosto 2002 nella causa T., 35.2000.34; STCA 35.2005.9 dell'8 novembre 2005, consid. 2.9; STCA 32.2005.134 dell'8 maggio 2006; STCA 32.2013.157 del 29 settembre 2014, consid. 2.9; STCA 35.2014.111 del 13 aprile 2015, consid. 2.10; STCA

35.2018.11 del 9 maggio 2018, consid. 2.8; STCA 32.2018.158 del 30 luglio 2019, consid. 2.5; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.5; STCA 32.2019.145 del 9 giugno 2020, consid. 2.12). 2.8. Preliminarmente il TCA rileva che l'amministrazione ha ritenuto assolte le condizioni per entrare nel merito della nuova richiesta di rendita di RI 1 (cfr. annotazione del 5 dicembre 2018 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ per un "Verosimile peggioramento somatico": pag. 656 incarto AI) e che pertanto, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 2.3, si deve situare al momento in cui l'UAI con decisione del 16 gennaio 2017 (pag. 357-360 incarto AI), cresciuta in giudicato (cfr. STCA 32.2017.25 del 13 settembre 2017, pag. 574-615 incarto AI, e STF 9C\_727/2017 del 15 maggio 2018, pag. 645-648 incarto AI; cfr. consid. 1.2 della presente decisione) ha rifiutato all'assicurato il diritto a prestazioni AI, poiché presentava un grado d'invalidità del 28% e, quindi, non pensionabile. In quell'occasione l'amministrazione si era fondata, dal profilo medico, su una perizia con accertamento medico reumatologico del dr. med. \_\_\_\_\_ e su una perizia con accertamento medico psichiatrico e psicoterapeutico del dr. med. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_. Nella perizia allestita il 7 giugno 2016 (pag. 298-311 incarto AI) lo specialista reumatologo - dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi (personale e sistematica) e le constatazioni soggettive dell'assicurato ed aver proceduto all'esame reumatologico e neurologico, riportandone le constatazioni oggettive - aveva posto la diagnosi di: "Sindrome cervicolumbovertebrale cronica intermittente, in: - Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi destroconvessa dorsale) - Decondizionamento e sbilancio muscolare - Obesità (peso 95,3 kg / statura 183 cm) Periartrite omero scapolare bilaterale Dolore cronici al polso destro, in: - Nota instabilità mediocarpica bilaterale - Lesione parziale del legamento scafolunato a destra - Iniziali alterazioni degenerative carpali a destra Probabile rizartriosi attivata a sinistra Gonalgie anteriori bilaterali, in: - Obesità (peso 95,3 kg / statura 183 cm) Tendenza fibromialgica (6 su 18 punti fibromialgici positivi)." (pag. 310 incarto AI). Lo specialista aveva concluso quanto segue: "(...) In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, con rendimento massimo del 100 %, come già riferito al momento della valutazione peritale nel 2011, a decorrere dal 28.6.2009, allorché veniva dichiarata un'inabilità lavorativa totale nella sua ultima attività principale come addetto alle pulizie; dopo la valutazione presso lo specialista in chirurgia della mano Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 7.10.2014, va tenuto conto che l'assicurato, rispetto al 2011, presenta limiti funzionali e di carico più restrittivi. Mentre dopo la mia ultima valutazione peritale del 21.3.2011, tenendo conto dei limiti funzionali e di carico allora vigenti, ritenevo l'assicurato, nella sua ultima attività lavorativa principale come addetto alle pulizie, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 40 % a partire dal 28.6.2009, ora lo giudico, a seguito delle caratteristiche del mansionario, a partire dal 7.10.2014, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 70 %; come sarto, al momento dell'ultima valutazione peritale, lo ritenevo abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 20 % dal 28.6.2009; dal 7.10.2014, lo giudico come sarto abile sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 30 %. La capacità lavorativa di casalingo rimane sull'arco di una giornata lavorativa abituale, ma con una diminuzione del rendimento del 10 %, a partire dal 28.6.2009." (pag. 310 e 311 incarto AI). Nella perizia allestita il 13 giugno 2016 (pag. 312-328 incarto AI) il dr. med. \_\_\_\_\_ -

dopo avere: elencato gli atti, esposto dettagliatamente l'anamnesi, eseguito un esame clinico secondo AMDP System come pure degli approfondimenti testali (segnatamente: valutazione psicodiagnostica o psicométrica, ricerca per sostanze stupefacenti e dosaggi ematici dei farmaci) e la descrizione di risorse e deficit secondo lo schema MINI ICF-AAP, descritto la giornata come pure le attività e le abitudini dell'assicurato ed aver riportato il trattamento psichiatrico in corso - aveva posto la diagnosi (con ripercussioni sulla capacità di lavoro) di: " Disturbo dell'adattamento con umore depresso ad andamento cronico (F 43.21) " (pag. 324 incarto AI). Lo specialista era, pertanto, giunto alla seguente conclusione: " (...) ritengo che a partire dal luglio 2015 cioè della presa in carico psichiatrica, (...), l'assicurato presenti una riduzione della capacità lavorativa per motivi prettamente psichiatrici nella misura non superiore ad un 20% (diminuzione del rendimento) in ogni attività. Nell'attività equivalente a quella di casalinga la capacità, sul piano medico teorico, è piena. Fondamentale un aiuto al collocamento che potrebbe avere anche un effetto positivo nell'allentare la percezione di disfunzionamento e di deriva sociale dell'assicurato. Non ritengo che una modifica del trattamento farmacologico attuale, adeguato al quadro psichico, possa comportare un miglioramento della capacità lavorativa. Qualora fossero verificate eventuali limitazioni somatiche, a mio avviso dovrebbero essere cumulate con la suddetta limitazione per motivi esclusivamente psichiatrici. (...)" (pag. 327 e 328 incarto AI). Nel rapporto finale del 23 giugno 2016 (pag. 330-332 incarto AI) il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, - dopo aver ripreso la diagnosi posta dal perito reumatologo quale " diagnosi principale con influsso sulla CL " e quella posta dal perito psichiatra quale " ulteriore diagnosi con influsso sulla CL " - aveva concluso per un'incapacità: - nell'attività abituale di sarto del 20% dal 28 giugno 2009 al 6 ottobre 2014 e del 30% dal 7 ottobre 2014 e continua e per un'IL nell'attività abituale di addetto alle pulizie del 40% dal 28 giugno 2009 al 6 ottobre 2014 e del 70% dal 7 ottobre 2014 e continua (da intendersi quale riduzione di rendimento); - in un'attività adeguata del 0% dal 28 giugno 2009 al 30 giugno 2015 e del 20% da luglio 2015 e continua (da intendersi quale riduzione di rendimento); - nelle mansioni consuete (casalinga) del 10% (pag. 331 incarto AI). Il medico SMR aveva indicato le seguenti limitazioni funzionali: 5 kg quale carico massimo, senza alternanza della postura, senza difficoltà nello svolgimento di lavori di precisione e senza necessità di pause supplementari. Quali ulteriori limitazioni funzionali ha puntualizzato quanto segue: " Evitare movimenti monotoni, ripetitivi, utilizzando i polsi rispettivamente le mani; sfiduciato, pessimismo, atteggiamento passivo e ritiro sociale " (pag. 332 incarto AI). Il medico SMR aveva attestato uno stato di salute " peggiorato " in seguito " ad alterazioni degenerative delle articolazioni alle estremità superiori e in attività adeguata per il problema psichiatrico ", con prognosi " stazionaria " e specificando che la " riduzione di CL per motivi psichiatrici si integra in quella dettata dalle affezioni reumatologiche, dato che entrambe concernono una riduzione del rendimento " e che non erano applicabili delle terapie in grado di migliorare o mantenere verosimilmente la capacità lavorativa dell'assicurato (pag. 332 incarto AI). Davanti al TCA, il perito psichiatra, nel complemento del 18 aprile 2017 (pag. 563-564 incarto AI), aveva rilevato quanto segue: " (...) Ho preso visione degli scritti allegati e del CD contenente gli atti successivi alla mia valutazione peritale e mi sono nuovamente chinato sulla mia perizia del 13.06.2016. Innanzitutto sottolineo come durante la perizia si era a conoscenza dello scritto del Dr \_\_\_\_\_ allo psicologo \_\_\_\_\_ (vedi rapporto del Dr \_\_\_\_\_ del 29.03.2016 all'ufficio sostegno sociale e reinserimento) di cui mi aveva anche parlato l'assicurato durante la valutazione. In secondo luogo nello scritto del Dr \_\_\_\_\_ del

27.03.2017 egli ribadisce le diagnosi da lui espresse anche prima della valutazione peritale da me eseguita e che erano state oggetto della discussione dove si possono ritrovare i motivi per cui vi era stato uno scostamento dalla suddetta diagnosi. Da questo punto di vista non ho quindi nulle da aggiungere a quanto scritto allora. Sempre in quell'ambito e nell'esame clinico erano anche sottolineati i vari segni e sintomi (anche relativamente ai pensieri autodistruttivi) che portavano a concludere diversamente dal curante. Effettivamente invece si può notare una marcata differenza tra la prescrizione farmacologica del giugno 2016 e la attuale. I farmaci, che ricordo erano risultati sottodosati in perizia, sono evidentemente stati successivamente modificati e implementati con il cambio di molecola antidepressiva e l'aggiunta anche di un farmaco neurolettico (Flupentixolo). Non è dato sapere se tale modifica sia stata apportata per inefficacia della precedente terapia o per peggioramento clinico che a logica andrebbe escluso, visto che lo stesso Dr \_\_\_\_\_ parla di un quadro e di una diagnosi invariate negli ultimi 12 mesi (marzo 2016-aprile 2017). Certamente l'attuale terapia appare più confacente ad una diagnosi di maggiore gravità e questo potrebbe deporre per un peggioramento o per una differente valutazione del quadro; un peggioramento non era stato escluso dal sottoscritto anche se non appare essere descritto dal curante. Nella mia valutazione ritenevo che la terapia in atto fosse adeguata alla diagnosi da me posta in allora e ritenevo che un aiuto al collocamento potesse essere più efficace di una farmacoterapia. Il fatto che il Dr \_\_\_\_\_ lo avesse avviato ad una valutazione per una reintegrazione professionale, anche se sottolineava maggiormente un percorso occupazionale, era segno che anch'egli nel progetto terapeutico inseriva una maggior riattivazione per evitare una cronicizzazione ulteriore e l'inefficacia dall'incremento terapeutico (anche se non è dato sapere quando sia avvenuto), potrebbe essere spiegata con un quadro clinico più di tipo reattivo che endogeno come da me sostenuto nella mia valutazione. Rimane il fatto che mi sembra di aver sufficientemente motivato il mio scostamento diagnostico dal Dr \_\_\_\_\_ e anche le limitazioni oggettivabili (...). Per quanto attiene allo scritto del Dr \_\_\_\_\_ non posso che prendere atto che egli mantiene la sua posizione diagnostica, ha inserito una terapia maggiormente coerente alla sua diagnosi e nonostante ciò il quadro rimane a suo avviso invariato ma questo non modifica quanto da me valutato ed argomentato in allora. (...) Da ultimo mi permetto di sottolineare, dopo aver preso visione dell'incarto che nelle mie conclusioni, pur non essendo a conoscenza dell'esito della valutazione reumatologica, ritenevo che la IL per motivi psichiatrici fosse da cumulare a quella eventualmente riscontrata per motivi reumatologici. (...)" (pag. 563-564 incarto AI) Nell'annotazione del 24 aprile 2017 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, dopo aver rilevato che il complemento peritale del 18 aprile 2017 era esaustivo e perfettamente condivisibile, aveva confermato il rapporto finale del 23 giugno 2016 (pag. 565 incarto AI). Nella STCA 32.2017.25 del 13 settembre 2017 (pag. 574-615 incarto AI), cresciuta in giudicato (cfr. consid. 1.2 della presente decisione), questa Corte aveva accertato che lo stato di salute dell'assicurato era stato accuratamente vagliato prima dell'emissione della decisione avversata e non aveva motivo per mettere in dubbio le valutazioni peritali effettuate dal dr. med. \_\_\_\_\_ (segnatamente la perizia del 7 giugno 2016) e dal dr. med. \_\_\_\_\_ (segnatamente la perizia del 13 giugno 2016 ed il relativo complemento del 18 aprile 2017; pag. 593 incarto AI). Il TCA aveva, quindi, concluso che fosse da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali (DTF 138 V 218 consid. 6 pag. 221 con riferimenti), che RI 1, in un'attività adeguata (rispettosa dei limiti indicati dal perito reumatologo nella perizia del 7 giugno 2016) presenta/ha presentato

un'incapacità lavorativa del 0% dal 28 giugno 2009 al 30 giugno 2015 e del 20% (esclusivamente per motivi psichiatrici) da luglio 2015 e continua (da intendersi quale riduzione di rendimento; pag. 603 e 604 incarto AI). Pertanto, rispetto alla valutazione peritale precedente del 2011, a partire dal 7 ottobre 2014 (ovvero dalla data di valutazione presso lo specialista in chirurgia della mano Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_: pag. 302 incarto AI) vi era stato un leggero peggioramento della patologia reumatologica (a causa del quale l'assicurato presentava dei limiti funzionali e di carico più restrittivi: pag. 310 incarto AI) mentre a partire dal mese di luglio 2015 (ovvero dalla data di presa a carico psichiatrica: pag. 327 incarto AI) vi era stato un lieve peggioramento dello stato di salute anche psichico dell'assicurato dovuto alla patologia psichiatrica, che aveva comportato una incapacità lavorativa del 20% in un'attività adeguate e rispettose dei limiti funzionali e di carico dell'assicurato indicati dal perito reumatologo nella perizia del 7 giugno 2016 (pag. 604 incarto AI). Il peggioramento dello stato di salute somatico risalente al 7 ottobre 2014 aveva comportato un inasprimento dei limiti funzionali e di carico dell'assicurato, senza tuttavia intaccare la piena capacità lavorativa (con rendimento completo) in attività adeguate e rispettose dei limiti indicati dal perito reumatologo nella perizia del 7 giugno 2016. Per contro, il lieve peggioramento dello stato di salute psichico dell'assicurato, dovuto a decorrere dal luglio 2015 alla patologia psichiatrica, aveva comportato una IL del 20% (da intendersi quale riduzione di rendimento) in attività adeguate e rispettose dei limiti funzionali e di carico dell'assicurato indicati dal perito reumatologo nella perizia del 7 giugno 2016 (pag. 604 incarto AI).

2.9. Il 3 dicembre 2018 RI 1 ha informato l'UAI che il suo stato di salute era peggiorato, sulla scorta di quanto attestato nel certificato medico del 28 novembre 2018 del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna nonché suo medico di famiglia. Il 28 dicembre 2018 ha quindi presentato una nuova richiesta di prestazioni AI per adulti, giustificata da: “ algodistrofia mano-polso destro (anni); psicosi cronica (anni); degenerazioni importanti acromio-clavicolari a destra, impingement radicolari a più livelli cervicali (specie C6 e C7) anni e peggiorato negli ultimi mesi (ultimo anno). ” (659-667 incarto AI; cfr. consid. 1.3). Il 6 marzo 2019 l'UAI ha incaricato \_\_\_\_\_ (di seguito: SAM) di eseguire un accertamento pluri-disciplinare (in ambito internistico, psichiatrico, reumatologico e neurologico). La perizia del \_\_\_\_\_ è datata 16 dicembre 2019 (pag. 737-835 incarto AI). In tale ambito i medici del \_\_\_\_\_, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica), le constatazioni soggettive ed obiettive e la descrizione della giornata, hanno sottoposto l'assicurato ad un consulto internistico (dr. med. \_\_\_\_\_), ad un consulto psichiatrico (dr. med. \_\_\_\_\_), ad un consulto reumatologico (dr. med. \_\_\_\_\_) e ad un consulto neurologico (dr. med. \_\_\_\_\_).

Dal profilo internistico, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia \_\_\_\_\_, grazie al consulto specialistico del 20 maggio 2019 (dalle ore 8.45 alle ore 12.15 ) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna generale, che - dopo avere posto la diagnosi senza influere sulla capacità lavorativa di “ tabagismo cronico ” - ha attestato, dal profilo internistico, una piena capacità lavorativa dell'assicurato, a prescindere dalle valutazioni in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico (pag. 766 incarto AI). Da profilo neurologico, l'assicurato è stato sottoposto ad un accurato esame nell'ambito della perizia \_\_\_\_\_, grazie al consulto specialistico del 6 giugno 2019 (dalle ore 15.00 alle ore 16.00) del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale, nel referto dell'11 giugno 2019 (pag. 800-808), dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico ed il referto dell'esame ENMG effettuato, ha attestato la presenza senza ripercussioni sulla

capacità lavorativa di “ dolori cronici cervicobrachiali, alla spalla ds., al carpo ds. e sindrome lombovertebrale cronica, senza deficit neurologici associati ”. Il perito ha osservato che l'esame neurologico non mostrava deficit indicativi di un danno per le strutture nervose centrali e periferiche e che l'assicurato descriveva una vaga ipoestesia a tutto l'emicorpo destro, alla quale non corrispondevano però reperti oggettivi più netti. Sulla base di queste constatazioni il perito neurologo ha valutato l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista neurologico, nella misura del 100% nelle attività finora esercitate, come pure in un'attività adatta allo stato di salute. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurato è stato sottoposto al consulto specialistico del 27 maggio 2019 (dalle ore 14.45 alle ore 16.00) del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale, nel rapporto del 3 giugno 2019 (pag. 780-799 incarto AI), dopo aver descritto l'anamnesi e lo stato clinico reumatologico dettagliato, ha attestato la presenza, con ripercussione sulla capacità lavorativa, di “ una sindrome panvertebrale con componente cervico lombospondilogeno cronica prevalentemente a ds. (su alterazioni degenerative plurisegmentarie del rachide cervicale e alterazioni degenerative dorsali), una periartropatia omeroscapolare a ds. (su incipiente artrosi acromioclaveare, lieve borsite subacromio-subdeltoidale a ds.) e dolori cronici al polso ds. su nota instabilità medio-carpica bilaterale, lesione parziale del legamento scapo-lunato ds. e alterazioni degenerative carpali ”. Senza ripercussione sulla capacità lavorativa ha attestato dei “ disturbi statici della colonna vertebrale, decondizionamento e sbilancio muscolare e sindrome fibromialgica generalizzata ”. Lo specialista ha puntualizzato che queste patologie comportano delle limitazioni per quanto riguarda il sollevamento e trasporto di pesi fino all'altezza dei fianchi; il sollevamento di pesi sopra l'altezza del petto, il maneggiare attrezzi, l'effettuare lavori al di sopra della testa, devono essere evitati movimenti monotoni e ripetitivi utilizzando i polsi e rispettivamente le mani, l'utilizzo delle due mani è possibile solo in parte, non deve salire su scale a pioli. Sulla base di queste constatazioni il perito reumatologo ha valutato l'attuale grado di capacità lavorativa, dal punto di vista reumatologico, nella misura del 20% nell'attività di ausiliario di pulizie, nella misura del 70% in qualità di sarto e nella misura del 100% in un'attività adatta allo stato di salute. Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, l'assicurato è stato sottoposto al consulto specialistico del 23 maggio 2019 (dalle ore 11.00 alle ore 11.45) e del 6 giugno 2019 (dalle ore 9.00 alle ore 9.45) del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale, nel rapporto del 15 giugno 2019 (pag. 809-835 incarto AI), dopo aver descritto l'anamnesi e le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico, ha attestato la presenza con ripercussione sulla capacità lavorativa, di una sindrome mista ansiosodepressiva e di una sindrome somatoforme da dolore persistente. Il perito ha osservato che l'assicurato nel 2002 aveva subito un infortunio che avrebbe determinato progressivamente un peggioramento delle sue capacità lavorative. Aveva sviluppato una sindrome ansiosodepressiva, reattiva, che nel tempo si era consolidata in una sindrome mista ansiosodepressiva. Anche la cronicizzazione del dolore era evoluta verso una sindrome somatoforme da dolore persistente. L'assicurato appariva molto passivo, con atteggiamento remissivo, che tendeva a consolidare il circolo vizioso dell'inabilità lavorativa. Manteneva una posizione di attesa, sperando che qualcuno potesse trovare un lavoro adeguato a lui. Sulla base di queste constatazioni il perito psichiatra ha ritenuto, dal punto di vista psichiatrico, giustificata un'incapacità lavorativa nella misura del 20% sia nelle attività svolte che in attività adeguata, in continuità con quanto valutato nella perizia psichiatrica del 2006 effettuata dal dr. med. \_\_\_\_\_ presso il \_\_\_\_\_. Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 16 dicembre 2019 i medici del SAM, sulla

base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento come pure dell'esauriente discussione avvenuta tramite teleconferenza l'11 dicembre 2019 alle ore 15.50 (pag. 769 incarto AI), hanno posto le seguenti diagnosi: " 8.1 Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa  
Diagnosi reumatologiche Sindrome panvertebrale con componente cervicolombospondilogenica cronica, prevalentemente a ds., in: - alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (discopatie C3-C7 con ernie discali foraminali 04-05 a ds., C5-C6 a sin., ernie discali con substenosi dei neuroforami di coniugazione tra C4 e 07), - alterazioni degenerative dorsali (osteocondrosi D5-D6 e D6-D7). Periartropatia omeroscapolare a ds., in: - incipiente artrosi acromeoclaveare, lieve borsite subacromio-subdeltoidea a ds. Dolori cronici al polso ds. su: - nota instabilità mediocarpica bilaterale, - lesione parziale del legamento scafolunato ds., - alterazioni degenerative carpal. Diagnosi psichiatriche Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2). Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.0)". e B.2 Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Diagnosi reumatologiche Disturbi statici della colonna vertebrale (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale e della colonna lombare). Decondizionamento e sbilancio muscolare. Sindrome fibromialgica generalizzata. Diagnosi neurologiche Dolori cronici cervicobrachiali, alla spalla ds., al carpo ds. e sindrome lombovertebrale cronica senza deficit neurologici associati. Altre diagnosi internistiche Tabagismo cronico." (pag. 772 incarto AI). Quanto alla capacità lavorativa medico - teorica globale, i medici del \_\_\_\_\_ hanno ritenuto l'assicurato inabile al 30% nell'attività precedentemente svolta di sarto e all'80% nell'attività allora svolta di ausiliario di pulizia (ambedue inteso come riduzione di rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa; pag. 774 incarto AI) mentre in un'attività adeguata era da considerare abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto del 20% (pag. 775 incarto AI). I periti hanno puntualizzato quanto segue: " Si ritiene che le incapacità lavorative descritte dai consulenti non devono essere sommate, in quanto le patologie che causano una diminuzione della capacità lavorativa comportano delle limitazioni funzionali, di rendimento e di carico che si sovrappongono." (pag. 775 incarto AI) rispettivamente (sia per l'attività svolta sia per l'attività adatta): " il nostro consulente in reumatologia, a seguito delle rilevanti alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide cervicale documentata all'ultima MRI cervicale del 25.1.2019, riconosce un'ulteriore diminuzione della caricabilità del cingolo cervicoscapolare rispetto alla sua precedente valutazione peritale reumatologica di giugno 2016. Il nostro consulente in psichiatria conferma invece la valutazione della capacità lavorativa descritta nella perizia psichiatrica del 13.6.2016 effettuata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ presso il \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Sulla base di ciò, la valutazione complessiva della capacità lavorativa nelle attività da ultimo svolte di ausiliario di pulizia e sarto (descritto al capitolo G), come pure in un'attività adatta allo stato di salute (come descritto nel capitolo H), tenendo in considerazione le limitazioni funzionali descritte nella presente perizia, valgono a partire dal 25.1.2019. Prima di gennaio 2019 valgono le conclusioni descritte nel rapporto finale del Servizio medico Regionale del 23.6.2016, con decisione dell'Ufficio AI del 16.1.2017, in cui la richiesta di prestazioni veniva respinta." (pag. 775 e 776 incarto AI; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice) Da ultimo, i periti hanno puntualizzato quanto segue: " Secondo i consulenti in reumatologia e neurologia non è possibile migliorare ancora in misura rilevante la capacità lavorativa mediante l'attuazione di provvedimenti sanitari. Il nostro consulente in psichiatria ritiene utile una terapia psichiatrica integrata

(farmacoterapia e psicoterapia) per un tempo sufficientemente prolungato, al fine di prevenire ulteriori peggioramenti.” (pag. 776 incarto AI; n.d.r.: la sottolineatura è della redattrice) Nel rapporto finale del 17 dicembre 2019 (pag. 732-736 incarto AI) il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, dopo aver ripreso le diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa poste dai periti del \_\_\_\_\_, ha fissato un'inabilità lavorativa del 70% dall'ottobre 2014 al dicembre 2018 e dell'80% dal gennaio 2019 e continua nell'attività abituale (riduzione di rendimento; con prognosi stazionaria) e un'inabilità lavorativa del 20% dal luglio 2015 e continua (riduzione di rendimento; con prognosi stazionaria; pag. 733 incarto AI). Il medico SMR ha puntualizzato un carico massimo di 3 kg, la necessità di alternanza della postura al bisogno (non inclusa), nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione e nessuna necessità di pause supplementari. Ha inoltre riportato nel dettaglio le svariate limitazioni determinate dal perito reumatologo (pag. 735 incarto AI). Ha poi concluso che non era da prevedersi una modifica della capacità lavorativa (pag. 735 incarto AI). In sede di osservazioni al progetto di decisione l'assicurato ha versato agli atti il certificato medico del 20 febbraio 2019 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (pag. 868 incarto AI) e il certificato medico del 5 febbraio 2020 (pag. 871 incarto AI) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e medico di famiglia, giusta il quale l'assicurato: " (...) è in condizioni psichiche estremamente gravi con pianti frequenti ed un calo dell'umore con idee suicidali. Il tutto si è aggravato dopo la perdita dello psichiatra Dr. med. \_\_\_\_\_ deceduto improvvisamente. Sono venute meno le attenzioni nella cura del corpo, dell'ambiente dove vive e vi è un distacco decisamente preoccupante. Prevedo una rapida presa a carico presso un nuovo psichiatra ancora in questi giorni. Il paziente non è assolutamente in grado di svolgere nessuna attività. Piuttosto, sarebbe indicato un breve ricovero che non escludo nelle prossime settimane non vi fosse un miglioramento. A proposito della sindrome cervico-brachiale destra, rammento la risonanza della spalla e della colonna cervicale eseguite però, già nel gennaio 2019. La situazione è ormai stazionaria e non accenna ad alcun tipo di miglioramento. Il quadro osteo-muscolare radicolare, sono però chiaramente in secondo piano attualmente rispetto alla depressione. Attualmente ho l'impressione che la terapia per via orale venga seguita parzialmente in un paziente comunque a volte confuso. Sospetto sia più efficace una terapia per via parenterale. Ed appunto, discuterò con lo psichiatra ancora in questi giorni” (pag. 871 incarto AI) Nell'annotazione del 6 febbraio 2020 (pag. 854 incarto AI) il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato quanto segue: " (...) attuale nuova documentazione presentata in sede di osservazioni al progetto: - rapporto dr.ssa \_\_\_\_\_ del 20.2.2019: rapporto già valutato in ambito \_\_\_\_\_. - Rapporto dr. \_\_\_\_\_ del 5.2.2020: viene descritta una severa patologia depressiva cronica come già nel rapporto della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 2019. La severità del quadro psichiatrico non ha potuto essere confermato in occasione della perizia psichiatrica. In conclusione: documentazione insufficiente per comprovare una sostanziale modifica dello stato di salute.” (pag. 854 incarto AI) Davanti al TCA, il ricorrente ha prodotto il certificato medico del 15 maggio 2020 (doc. R) del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia e nuovo psichiatra curante dell'assicurato da detta data, che ha attestato una IL del 100% dal 15 maggio al 15 giugno 2020. Il ricorrente ha prodotto pure il certificato medico del 25 maggio 2020 (doc. Q) del dr. med. \_\_\_\_\_, giusta il quale: “Ho visto il paziente sopraccitato il 15. Maggio 2020 alla mia consultazione e riassumo così le mie osservazioni. Dati soggetti: (...). Constatazioni obiettive: Si tratta di un uomo di 59 anni, visibilmente perso, poco curato

sulla persona ma collaborante. Egli è cosciente della situazione, è orientato su se stesso, nello spazio e nel tempo. Al momento dell'esplorazione non da segni di deliri o allucinazioni. Il suo discorso è coerente e logico, l'intelligenza è senz'altro nella nonna. L'istinto vitale è nettamente diminuito. Egli si mostra riservato, orgoglioso, volenteroso, sensibile ma -anche molto esigente soprattutto verso se stesso, con gran senso dell'onore, della morale. Le funzioni cognitive sono globalmente compromesse, in particolare l'attenzione e la concentrazione. La disposizione appare pessimistica, rigida, preoccupata, irritabile ed abbattuta. L'attitudine appare tendenzialmente riservata. L'umore appare chiaramente depresso. Si sente vittima. Le emozioni predominanti appaiono caratterizzate da negatività verso l'ambiente con propositi di aggressività passiva. Se lasciato libero, egli si esprime focalizzando sulle tematiche delle umiliazioni e delle ingiustizie subite sul posto di lavoro e le conseguenti ripercussioni che tutto ciò gli avrebbe procurato. Egli presenta una coscienza della malattia, si giudica malato, elencando tutte le sue difficoltà. L'assicurato si sente esausto e sfiduciato, incompreso e umiliato davanti a tutte le procedure a cui si è sottoposto senza essere capito ma solo giudicato. I dolori al polso e alla spalla destra lo demoralizzano sempre di più e lo inibiscono totalmente dopo aver provato diverse volte di riprendere un lavoro. Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro: > Sindrome ansio-depressiva, episodio attuale medio con sintomi biologici (F33.11). > Disturbo del sonno resistente al trattamento medicamentoso. > Disturbo somatoforme da dolore persistente

Valutazione e prognosi: Il signor RI 1 presenta una sindrome depressiva di gravità media che si inserisce in una problematica esistenziale complessa ed è aggravata dalla diagnosi somatica reumatologica. Il tono dell'umore è depresso, la perdita di provare interesse, piacere e l'affaticabilità sono considerati generalmente i sintomi più tipici della depressione. Tali sintomi sono presenti nell'assicurato in modo nettamente marcato. Ora, in questo tipo di disturbo il soggetto è di solito sofferente per i sintomi e presenta delle difficoltà relazionali importanti che compromettono la stabilità professionale o altre attività sociali. L'assicurato del resto si trova in un isolamento sociale ed è rinchiuso nel suo mondo. Ora l'evoluzione e la prognosi appaiono riservate sia per la malattia somatica che non potrà essere migliorata con un trattamento medico sia per la cronicità del disturbo psicologico ormai cronico. Una moltitudine di studi hanno descritto che l'evoluzione di situazioni simili a medio-lungo termine sono negative e senza successo per una riabilitazione professionale. Un tentativo di rompere questa situazione paralizzante è forse quella di proporre un inserimento occupazionale in un atelier protetto come ce ne sono nell'area della clinica psichiatrica cantonale e poi valutare le capacità residue del sig. RI 1. Terapia attuale: Il paziente segue una psicoterapia settimanale ed assume una terapia di Wellbutrin 300 mg/g, Lyrica (dosaggio?) e Trittico 100 mg la sera. Per il momento non ho variato la terapia e vorrei meglio valutare le possibilità visto la cronicità della situazione e sapendo che un trattamento medicamentoso probabilmente non avrà quel impatto miracoloso che tutti desideriamo. In conclusione, allo stato attuale, il signor RI 1 presenta per motivi psichiatrici un'incapacità di lavoro almeno dell'80% per un periodo indeterminato." (doc. Q; n.d.r.: le sottolineature non sono della redattrice) Nell'annotazione del 9 giugno 2020 (doc. XIII-1) il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha osservato quanto segue: " (...) Ricorso: attuale nuova documentazione Rapporto dr. \_\_\_\_\_ del 25.5.2020 (visita del 15.5.2020); pone la diagnosi di: - Sindrome ansioso-depressiva, episodio attuale medio con sintomi biologici F 33.11 - Disturbo del sonno resistente al trattamento medicamentoso; - Disturbo somatoforme da dolore persistente; Egli valuta un impedimento psichiatrico almeno dell'80% Valutazione: - L'attuale rapporto dr. \_\_\_\_\_ attesta un peggioramento dello

stato di salute con IL 100% dal 15.5.2020, data della presa a carico. L'evoluzione della IL appare negativa". Il ricorrente ha prodotto anche il certificato medico del 2 giugno 2020 (doc. U) dello psichiatra curante, che ha attestato una IL del 100% dal 15 maggio al 31 luglio 2020. 2.10. Chiamato ora a pronunciarsi il TCA, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, rileva innanzitutto di non avere motivo per mettere in dubbio le singole valutazioni operate dai periti del \_\_\_\_\_ in ambito internistico, reumatologico e neurologico. Tali rapporti sono dettagliati ed approfonditi e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.6. Il TCA constata, infatti, che i periti del \_\_\_\_\_ hanno tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall'assicurato ponendo le diagnosi concernenti l'insieme dei disturbi dell'interessato, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un'analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti (anche specialisti). Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l'operato di tali medici. In conclusione, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle considerazioni espresse - dal profilo somatico - dai periti dell'amministrazione, che hanno proceduto ad una visita personale accurata dell'assicurato, sono specialisti delle materie che qui ci occupano e vantano pure un'ampia esperienza in materia di medicina assicurativa. Occorre qui rilevare che il giudice si scosta dalle risultanze peritali solo in presenza di elementi oggettivamente verificabili non presi in considerazione nell'ambito dell'esame peritale e sufficientemente pertinenti per rimettere in causa le conclusioni dell'esperto (cfr. STF 8C\_55/2019 del 22 maggio 2019), ciò che non si avvera nel caso di specie. Per quanto concerne l'aspetto psichico, il TCA osserva, per contro, quanto segue. Il dr. med. \_\_\_\_\_, psichiatra curante che aveva preso a carico l'assicurato nel luglio 2015, è morto improvvisamente il 7 aprile 2019. Il perito psichiatra del \_\_\_\_\_ ha esaminato l'assicurato in data 23 maggio 2019 (dalle ore 11.00 alle ore 11.45) e del 6 giugno 2019 (dalle ore 9.00 alle ore 9.45) ed in quell'occasione ha indicato come "utile una terapia psichiatrica integrata (farmacoterapia e psicoterapia) per un tempo sufficientemente prolungato, al fine di prevenire ulteriori peggioramenti" (pag. 834 incarto AI) rispettivamente ha proposto una "Terapia psichiatrica integrata (psicoterapia e psicofarmacoterapia) per almeno 2 anni, ma presumibilmente utile per un arco temporale più lungo. È difficile oggi prevedere i risultati, ma sicuramente consentirebbe di evitare ulteriori peggioramenti" (pag. 834 incarto AI). Il 5 febbraio 2020 (pag. 871 incarto AI) il medico di famiglia dell'assicurato descriveva un quadro psichiatrico severo, di cui si è già ampiamente detto al considerando precedente. Il 15 maggio 2020 è iniziata la presa a carico da parte del nuovo psichiatra, dr. med. \_\_\_\_\_, che ha parimenti descritto un quadro psichiatrico severo nel certificato medico del 25 maggio 2020 (doc. Q), di cui si è già ampiamente detto al considerando precedente, attestando una IL del 100% dal 15 maggio 2020 al 31 luglio 2020 (doc. R e U). In siffatte circostanze, il TCA non può escludere, con la necessaria tranquillità, che - nel periodo intercorrente tra il 23 maggio/6 giugno 2019 (date del consulto psichiatrico) e il 7 febbraio 2020 (data di emissione della decisione impugnata, che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni: DTF 132 V 215 consid. 3.1.1) - sia intervenuto un peggioramento dello stato di salute psichico dell'assicurato, con ripercussioni sulla sua capacità lavorativa. L'annotazione del 9 giugno 2020 (doc. XIII-1) del dr. med. \_\_\_\_\_ non è sufficiente per concludere che è intervenuto un peggioramento dello stato di salute psichica dell'assicurato a partire dal 15 maggio 2020 (data di presa a carico dell'assicurato da parte del dr. med. \_\_\_\_\_). Il precitato medico SMR non è specialista della materia che qui

ci occupa e nessun medico SMR, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, si è espresso in maniera dettagliata e motivata in proposito dopo avere avuto un colloquio personale con l'assicurato (cfr. consid. 2.7). Dagli atti dell'incarto emerge pertanto la necessità di una valutazione psichiatrica di decorso dello stato di salute dell'assicurato da parte del \_\_\_\_\_.

Giova qui ricordare che il Tribunale federale, nella sentenza 9C\_1032/2010 del 1° settembre 2011 consid. 4.1, ha precisato che risulta giustificato e che può anzi accrescere il valore risolutivo di una perizia di decorso, il fatto che l'evoluzione dello stato di salute intervenuta nel frattempo venga accertata e valutata dagli stessi periti medici che si erano già in precedenza confrontati con la fattispecie. La giurisprudenza di cui alla STF 9C\_1032/2010 del 1° settembre 2011 è stata confermata dal TF anche nelle STF 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 al consid. 5.2, 8C\_665/2015 del 21 gennaio 2016 al consid. 4.2 e 9C\_441/2014 del 18 giugno 2014 al consid. 2.2.2 (cfr. STCA 32.2017.135 del 23 maggio 2018, consid. 2.8.2.3). È qui utile sottolineare che, secondo la giurisprudenza federale in materia di assicurazioni sociali, non è importante la diagnosi o l'insorgere dell'evento (malattia o infortunio; cfr. DTF 142 III 671, consid. 3.7.3 e 3.8) ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C\_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8). Il TCA sottolinea che la capacità lavorativa dell'assicurato dovrà essere valutata nell'ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3). Per costante giurisprudenza, l'esame degli indicatori deve infatti essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C\_401/2018 del

## **E. 6**

novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA 32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). Il TCA, di norma, rinvia l'incarto all'Ufficio AI o perché vi sono carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano (come nel caso di specie) di un complemento (cfr. DTF 137 V 210; STCA 32.2017.143 e 32.2018.39 e 40 del 7 maggio 2018, consid. 2.16 e STCA 32.2018.222 del 2 aprile 2019, consid. 2.3). Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'UAI per l'allestimento - previo aggiornamento degli atti medici dal profilo psichico e somatico - di una perizia psichiatrica di decorso da parte del \_\_\_\_\_. Sulla base dell'aggiornamento degli atti medici dal profilo somatico, l'amministrazione dovrà valutare pure la necessità o meno di procedere anche ad una valutazione peritale di decorso dal profilo reumatologico e/o neurologico. Andrà poi effettuata una discussione globale tra i quattro specialisti (internista, reumatologo, neurologo e psichiatra) in questione. A fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre (come nel caso di specie) di diverse patologie non si devono difatti semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti

interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). Sulla base degli accertamenti effettuati, l'amministrazione determinerà nuovamente il diritto a prestazioni AI da parte dell'assicurato con una nuova decisione. A questo proposito il TCA osserva che i periti del \_\_\_\_\_ hanno rilevato quanto segue: “ Secondo il nostro consulente in psichiatria sarebbero utili misure di reinserimento che l'A. riferisce di accettare anche se in maniera passiva. Secondo il consulente in reumatologia vi sono risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale ” (pag. 773, in fine incarto AI). 2.11. Alla luce di quanto appena esposto (cfr. consid. 2.9-2.10), il TCA rinuncia anche all'assunzione di ulteriori prove. Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove ( valutazione anticipata delle prove : cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.12. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.- e l'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 (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), le spese per fr. 500.- vanno messe a carico dell'UAI che verserà fr. 2'100.- al ricorrente a titolo di ripetibili. Ciò rende priva di oggetto la richiesta di ammissione all'assistenza giudiziaria con concessione di gratuito patrocinio (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5; STCA 32.2017.99 dell'8 gennaio 2018).

## **E. 20**

gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234; STCA 32.2017.24 del 28 agosto 2016, consid. 2.7.2; STCA 32.2018.123 del 6 giugno 2019, consid. 2.8; STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.4; STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.8).

Il TCA sottolinea che la capacità lavorativa dell'assicurato dovrà essere valutata nell'ambito di una procedura probatoria oggettiva fondata su indicatori e illustrata nella DTF 141 V 281 (cfr., su questo tema, la STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, al consid. 2.7.3). Per costante giurisprudenza, l'esame degli indicatori deve infatti essere effettuato innanzitutto dal perito psichiatra (cfr. STF 9C\_401/2018 del 6 novembre 2018, pubblicata in SVR 4-5/2019 IV nr. 28; STCA 32.2018.107 del 2 agosto 2019, consid. 2.7.3; STCA

32.2018.216 del 25 ottobre 2019, consid. 2.6; STCA 32.2019.63 del 27 aprile 2020, consid. 2.11). Il TCA, di norma, rinvia l'incarico all'Ufficio AI o perché vi sono carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano (come nel caso di specie) di un complemento (cfr. DTF 137 V 210; STCA 32.2017.143 e 32.2018.39 e 40 del 7 maggio 2018, consid. 2.16 e STCA 32.2018.222 del 2 aprile 2019, consid. 2.3).

Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata va annullata e l'incarico rinviato all'UAI per l'allestimento - previo aggiornamento degli atti medici dal profilo psichico e somatico - di una perizia psichiatrica di decorso da parte del \_\_\_\_\_. Sulla base dell'aggiornamento degli atti medici dal profilo somatico, l'amministrazione dovrà valutare pure la necessità o meno di procedere anche ad una valutazione peritale di decorso dal profilo reumatologico e/o neurologico. Andrà poi effettuata una discussione globale tra i quattro specialisti (internista, reumatologo, neurologo e psichiatra) in questione. A fronte di una questione squisitamente medica, secondo la giurisprudenza federale, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre (come nel caso di specie) di diverse patologie non si devono difatti semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati e, pertanto, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possono sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr., sul tema, D. Cattaneo, **Le perizie nelle assicurazioni sociali** in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 246 e ss.). Sulla base degli accertamenti effettuati, l'amministrazione determinerà nuovamente il diritto a prestazioni AI da parte dell'assicurato con una nuova decisione. A questo proposito il TCA osserva che i periti del \_\_\_\_\_ hanno rilevato quanto segue: **Secondo il nostro consulente in psichiatria sarebbero utili misure di reinserimento che l'A. riferisce di accettare anche se in maniera passiva. Secondo il consulente in reumatologia vi sono risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale** (pag. 773, in fineincarto AI).

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