

## **TI\_GERICHTE 32.2021.83 vom 22. Juni 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-06-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.83](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.83)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.83 du 22 juin 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.83 del 22 giugno 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

pag. 181; cfr. anche la STF 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). 2.5. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo 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 ( DTF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine). A proposito delle perizie mediche esterne (art. 44 LPGA) eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Nella DTF 137 V 210 il

TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va 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, 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). 2.6. Secondo la giurisprudenza, il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettibile di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Vanno quindi paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 133 V 108, 130 V 351 consid. 3.5.2). 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; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2010, pag. 379). In concreto, come meglio si illustrerà al consid. 2.7, con decisione 13 gennaio 2020 l'amministrazione, pronunciandosi sulla richiesta di prestazioni presentata nel

luglio 2016, l'ha respinta, ritenuto che sulla base degli accertamenti esperiti occorreva ammettere che l'assicurato fosse abile al lavoro in misura completa in assenza di affezioni invalidanti atte a pregiudicarne la capacità lavorativa (doc. AI pag. 309). Questo Tribunale è quindi chiamato a valutare se successivamente a tale decisione le condizioni dell'assicurato siano cambiate in misura tale da giustificare la concessione di prestazioni. 2.7. 2.7.1. Dagli atti di causa risulta che l'assicurato, a seguito di disturbi dello sviluppo globale, ha beneficiato della garanzia per educazione precoce per gli anni 2005-2006. Egli ha inoltre frequentato le scuole speciali e ha beneficiato della garanzia per la cura dell'infermità congenita n. 121 (affezioni sistemiche dello scheletro) e per psicoterapia (comunicazioni del 24 e 31 ottobre 2012, 11 novembre 2013, 30 luglio 2015, 22 novembre 2018, doc. AI 24-26, 34, 39, 89). inoltrata una nuova richiesta di provvedimenti sanitari e d'integrazione professionale nel luglio 2016 (con la quale il medico curante dr. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di acrodisostosi genetica, con ritardo psicomotorio e di comportamento), l'amministrazione ha fatto allestire una valutazione testistica neuropsicologica a cura della psicologa e psicoterapeuta \_\_\_\_\_, la quale ha presentato la sua valutazione WAIS IV e neuropsicologica il 27 ottobre 2016, corredata anche da un rapporto dettagliato dei test sulle funzioni esecutive somministrati all'assicurato il 29 e 30 settembre 2016. Nel rapporto peritale la psicologa, affermato che "i risultati ottenuti dal Sig. RI 1 permettono di evidenziare un'intelligenza che si situa al limite della deficitarietà (70-79). Il soggetto ottiene infatti un QI totale (QIT) pari a 77 ", ha tra l'altro concluso: " (...) All'interno del profilo si osserva una certa eterogeneità tra le prestazioni ottenute alle varie scale del test. I punteggi globali ottenuti alle diverse scale variano tra il limite della deficitarietà e la fascia normale. I punti di debolezza del profilo cognitivo del soggetto sono rappresentati dai processi implicati nella comprensione verbale (ICV) e da quelli legati alle funzioni della memoria di lavoro (IML). Sulla base dei risultati ottenuti si potrebbe ipotizzare che nella vita quotidiana per il Sig. RI 1 possa essere particolarmente difficoltoso e dispendioso comprendere fatti presentati verbalmente, esprimere i propri ragionamenti, mantenere una concentrazione e un'attenzione sostenuta, mantenere in memoria il punto successivo in una negoziazione ed eseguire dei compiti aritmetici a mente. Il soggetto sembrerebbe invece presentare una maggiore facilità nelle situazioni che richiedono l'utilizzo di abilità visuo-spaziali e visuo-costruttive, della memoria visiva e del ragionamento non verbale (capacità nella norma)." (doc. AI pag. 152, cfr. anche pag. 180) Il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, specialista in psichiatria, nei rapporti del 19 e 21 gennaio 2017, poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di " acrodisostosi " e " livello intellettivo limite ICD 10 Q01 ", stante un'inabilità lavorativa in ogni attività " da determinare al termine delle misure", ha descritto come segue le " limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale" : " I punti di debolezza del profilo cognitivo del soggetto sono rappresentati dai processi implicati nella comprensione verbale (ICV) e da quelli legati alle funzioni della memoria di lavoro (IML). Sulla base dei risultati ottenuti si potrebbe ipotizzare che nella vita quotidiana per il Sig. RI 1 possa essere particolarmente difficoltoso e dispendioso comprendere fatti presentati verbalmente, esprimere i propri ragionamenti, mantenere una concentrazione e un'attenzione sostenuta, mantenere in memoria il punto successivo in una negoziazione ed eseguire dei compiti aritmetici a mente. Il soggetto sembrerebbe invece presentare una maggiore facilità nelle situazioni che richiedono l'utilizzo di abilità visuo-spaziali e visuo-costruttive, della memoria visiva e del ragionamento non verbale (capacità nella norma)." (doc. AI pag 195) Quali osservazioni conclusive il medico SMR ha affermato che l'assicurato " ha un danno alla salute che ha ritardato o prolungato la

formazione scolastica, che ha imposto l'interruzione della formazione precedentemente intrapresa o che limita la scelta professionale. Il danno alla salute determina l'entrata in materia per una formazione AI. La possibile riduzione nella frequenza delle attività è da tenere in conto. Il caso dovrà essere ripresentato al SMR qualora emergessero difficoltà e/o imprevisti al momento non valutabili ” (doc. AI pag. 196). Agli atti sono stati versati i rapporti relativi al progetto di pre-formazione professionale presso l'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ai cui incontri informativi presenziava di norma anche il consulente del Servizio di integrazione professionale dell'AI (cfr. doc. AI pag. 200 segg e 235).

Nell'ambito dello svolgimento di tale percorso formativo è emerso che l'assicurato consumava cannabis (THC). Nel corso dell'incontro di rete svoltosi presso il menzionato Istituto il 28 settembre 2018, in presenza anche della psicoterapeuta, è emerso quanto segue: " (...) Durante l'incontro di rete, la Signora \_\_\_\_\_ ci ha informato che la presenza di RI 1 al progetto di preformazione sarà unicamente, dal 01.10.2018, di una giornata o mezza giornata a settimana presso l'istituto. Questo in quanto la motivazione di RI 1 verso il progetto è diminuita e il rischio sarebbe di compromettere tutto il progetto. Durante l'estate sembra che RI 1 abbia fatto una breve esperienza in vendemmia. la psicoterapista afferma che durante questo stage ha visto un RI 1 meno depresso. La Psicoterapista e RI 1 hanno valutato come lo studio per la patente di guida possa essere un buon obiettivo per i prossimi mesi e pertanto spinge il giovane in questa direzione. Riguardo al futuro formativo/professionale, RI 1 vorrebbe lavorare in cucina e/o pasticceria. Secondo il mio parere, i limiti funzionali sembrerebbero però non autorizzare questa formazione. Informo la rete dell'importanza di far fare stage esterni sia nel libero mercato, ma anche in laboratori protetti, così da valutare effettivamente la fattibilità di un evt prima formazione professionale - e valutare le varie limitazioni. È stata istituita una curatela amministrativa a favore di \_\_\_\_\_ - siamo in attesa di ricevere la risoluzione da ARP di \_\_\_\_\_. (...)” (doc. AI pag. 235) Con annotazione del 29 ottobre 2018 il SMR ha confermato che il precedente rapporto finale era da considerare ancora valido, osservando che “ al la luce dell'emerso consumo di THC da parte dell'assicurato, occorre diffidarlo, per incrementare le possibilità di successo delle misure SIP è necessario che sia preso a carico da un medico specialista psichiatra e che si mantenga astinente dal consumo di THC, documentandolo tramite screening tossicologici a campione delle urine (settimanali) per un periodo di non meno di 3 mesi. Al termine dei 3 mesi sarà opportuno rivalutare la possibilità di beneficiare dell'intervento del SIP ” (doc. AI pag. 240). Mediante comunicazione del 22 novembre 2018 l'Ufficio AI, dopo aver interpellato anche la peditra del SMR dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. AI pag. 244), ha quindi rinnovato la garanzia per psicoterapia ambulatoriale (doc. AI pag. 245). Con rapporto 22 maggio 2019 il dr. \_\_\_\_\_, psichiatra del RA 1, ha concluso per un'inabilità lavorativa completa dal 15 gennaio 2019 (momento della presa a carico dell'assicurato) “dato il quadro psicopatologico depressivo in atto”, per la diagnosi con influo sulla capacità lavorativa di “ Ritardo mentale lieve: Nessun o minimo disturbo del comportamento (ICD-10: F70.0), Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, con sintomi "biologici" (ICD-10: F33.1 1 ) ”, e descritto come segue la sintomatologia medica attuale: " L'anamnesi psicopatologica, l'esame dello stato mentale attuale, l'approfondimento testistico e psicodiagnostico effettuati, padano a favore di una sindrome depressiva ricorrente con attuale episodio depressivo di moderata gravità con sintomi biologici, morbido ad un funzionamento cognitivo limite, in assenza di significative alterazioni del comportamento. Al momento attuale non è chiaro se il profilo cognitivo limite del paziente

è legato alla sindrome genetica, o indipendente da essa. A nostro giudizio il quadro psicopatologico depressivo, esordito in adolescenza, è di tipo cronico, con ricorrenze di malattia a cadenza variabile di media gravità, prevalentemente reattive. Non ha mai assunto per tale patologia terapie farmacologiche. In anamnesi non vi sono pregresse ospedalizzazioni né pregressi tentativi di suicidio. Nega disturbi psichiatrici maggiori nel gentilizio. Il quadro depressivo cronico è sostenuto in maniera preponderante dalle implicazioni psicologiche e socio-ambientali derivanti dalla sindrome displastica genetica. Tali fattori hanno contribuito alla formazione di tratti di personalità disfunzionali, senza configurare un franco disturbo della personalità. Il paziente presenta infatti una scarsa autostima di base e un scarso senso di autoefficacia e scarsa resilienza, tratti permanenti e costitutivi della personalità che predispongono a recidive depressive di malattia, unitamente al funzionamento cognitivo limite. In tale quadro psicopatologico complesso, si innesta un consumo di THC secondario e reattivo alle perturbazioni dell'equilibrio timico-affettivo presenti di base nel paziente. Di fatto, dopo una presa in carico psichiatrica integrata intensa e l'impostazione di una farmacoterapia antidepressiva, il consumo è avvenuto sporadico. Attualmente dunque non si ravvedono le caratteristiche cliniche a favore di una sindrome da dipendenza da cannabinoidi.” (doc. AI pag. 266) Ha quindi affermato che “ la prognosi sulla capacità lavorativa è da ritenersi complessivamente sfavorevole, sia per la cronicità della patologia psichiatrica di base, sia per il funzionamento cognitivo limitato del paziente, sia per i tratti personalologici sopra descritti” , descrivendo le limitazioni nel senso che l'assicurato “ attualmente presenta una sintomatologia di tipo depressivo, associata a calo della concentrazione e della memoria, che ne limitano il funzionamento, unitamente al profilo cognitivo di base già descritto ”. Dopo aver precisato che “ al momento attuale non è esigibile alcuna attività” , ha precisato che “in condizione di stabilità psichica, sostenuto da adeguati presidi terapeutici, verosimilmente è esigibile un'attività lavorativa adeguata alle limitazioni del paziente nella misura del 50% ”. Richiesto sulle possibilità di integrazione lo psichiatra ha affermato che “ come già in precedenza descritto, il funzionamento cognitivo di base limitato, di per sé rappresenta un fattore prognostico negativo; inoltre devono essere presi in considerazione la cronicità della patologia psichiatrica di base ed i tratti di personalità costitutivi del paziente. Ulteriore fattore di impedimento all'integrazione è rappresentato dall'aderenza ai trattamenti proposti, che allo stato attuale risulta soddisfacente ” (doc. AI pag. 269). Agli atti è stato prodotto il rapporto relativo ad un test proiettivo psicologico somministratogli il 18 febbraio 2019, le cui conclusioni sono state descritte come segue dal dr. \_\_\_\_\_, psichiatra, come segue: “ (...) Nell'approccio alle tavole il paziente sembra utilizzare dei meccanismi di difesa quali la negazione, l'evitamento, la banalizzazione e il rovesciamento nell'opposto, in una messa a distanza della propria dimensione emotiva, con la quale il ragazzo fatica ad entrare in contatto. Tuttavia, il giovane fa emergere mano a mano un aspetto depressivo con una sottostante pulsione aggressiva che viene espressa tramite un meccanismo di proiezione mediante le tavole. Si denotano anche tratti fobici sintomatici di un sentimento di insicurezza e di inadeguatezza. Dal protocollo emerge una carenza di mentalizzazione e di rappresentazione così come una ridotta consapevolezza interpretativa. Il paziente fatica ad immaginare dei contenuti, anche nella presentazione della tav. 16 (bianca): appare dunque difeso, con delle difficoltà iniziali nel lasciarsi andare a delle proiezioni, le quali spesso emergono unicamente in un secondo momento. Questi aspetti metterebbero in evidenza un esame di realtà altalenante e una tendenza all'evitamento, che cela una percezione di sé caratterizzata da insicurezza e inadeguatezza. Le tavole che sollecitano le relazioni oggettuali evidenziano

che il paziente tende a mettere una distanza relazionale con una confusività di ruoli. La relazione con il materno e il paterno non sembrano essere caratterizzate da una vicinanza affettiva. Quando l'espressione libidica della coppia (amanti) è presente, essa appare negata. Per quanto riguarda inoltre una dimensione pulsionale si evince una difficoltà del paziente nella rappresentazione e proiezione della pulsione sessuale mentre per quanto concerne la pulsione aggressiva mostra una facilità di proiezione dato che tale pulsionalità lo caratterizza in quanto presente nel nucleo depressivo come pulsione aggressiva repressa.” (doc. AI pag. 277) Gli allegati test SCID II e WAIS IV hanno concluso: " I risultati ottenuti dal soggetto non soddisfano alcun criterio inerente a un disturbo specifico di personalità, tuttavia i tratti di personalità emersi riguardano l'ambito dell'autostima, delle relazioni sociali e dell'attitudine malinconia, all'interno di un'immaturità affettiva inserita in una cornice di limiti cognitivi che hanno reso difficoltosa l'interpretazione del test. Si evincono sentimenti di vuoto spesso associati a noia, senso di inutilità, solitudine e un'assenza di un'identità definita. Tali tratti vengono però descritti in maniere egosintonica.” (doc. AI pag. 279) " In conclusione, dai risultati del test emerge un quadro intellettuale caratterizzato da un funzionamento medio-inferiore; il paziente pare dimostrare maggiori criticità dinanzi a compiti che testano la comprensione verbale. I punti di forza invece appaiono distribuiti entro la velocità di elaborazione e il ragionamento visuo-percettivo, ad indicare buone abilità nell'analizzare e sintetizzare visivamente i dati forniti, riuscendo a pianificare processi logici e induttivi in breve tempo. La capacità generata della memoria di lavoro risulta nella media inferiore, tuttavia permette al paziente di approcciarsi ai compiti con discreta capacità e accuratezza.” (doc. AI pag. 282) Con annotazione 4 giugno 2019 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR si è così espresso: " Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. Con nota del 29.10.2018 veniva indicato di diffidare l'assicurato, per incrementare le possibilità di successo delle misure SIP, in modo che fosse preso a carico da un medico specialista psichiatra e che si mantenesse astinente dal consumo di THC, documentandolo tramite screening tossicologici a campione delle urine (settimanali) per un periodo di non meno di 3 mesi. Come risulta anche dall'ultimo rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_, l'assicurato continua a consumare THC, tale consumo con verosimiglianza preponderante è la causa della sintomatologia depressiva descritta dal dr. med. \_\_\_\_\_. Peraltro, nello stesso rapporto medico, l'assicurato viene descritto come critico rispetto alla sua malattia, con un comportamento adeguato e finalistico, pertanto da lui è sicuramente esigibile che si mantenga astinente dal consumo di THC e che, dopo un congruo periodo di astensione, possa aderire a misure SIP. Non ho elementi per discostarmi dalle precedenti prese di posizione.” (doc. AI pag. 283) Il consulente professionale dell'AI, nella nota del 3 ottobre 2019, ha quindi affermato: " Non si intravedono attualmente possibilità di attivare provvedimenti professionali in quanto l'assicurato non ha mai smesso il consumo di THC, vedi rapporto Dr. \_\_\_\_\_. Il nostro SMR aveva da sempre indicato come l'assicurato avrebbe dovuto avere una presa a carico da un medico specialista in psichiatria come pure si mantenesse astinente dal consumo di THC, documentandolo tramite screening tossicologici a campione delle urine (settimanali) per un periodo di non meno di 3 mesi Purtroppo, a parte la presunta presa a carico regolare da un medico specialista in psichiatria, l'assicurato non ha mai fornito documentazione che attesti l'astensione al consumo. La Curatrice \_\_\_\_\_ ha sempre affermato che l'assicurato non può permettersi, a livello finanziario, i suddetti costi. Pertanto, a livello di Servizio Integrazione Professionale, attualmente non siamo in grado di poter lavorare su dei progetti concreti. Si chiede di definire la capacità lavorativa in sede medico-teorica.” (doc.

AI pag. 285) Il 9 ottobre 2019 il direttore dell'Istituto \_\_\_\_\_ ha confermato che il percorso di preformazione professionale iniziato nell'agosto 2015 era stato interrotto il 14 giugno 2019, allegando il rapporto educativo di fine anno (doc. AI pag. 286). Nel rapporto finale " valutazione per prima formazione " del 13 novembre 2019 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, poste quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di "ICD10 F12 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi, Acrodisostosi, livello intellettivo limite ", ha affermato: " Con nota del 29.10.2018 veniva indicato di diffidare l'assicurato, per incrementare le possibilità di successo delle misure SIP, in modo che fosse preso a carico da un medico specialista in psichiatra e che si mantenesse astinente dal consumo di THC, documentandolo tramite screening tossicologici a campione delle urine (settimanali) per un periodo di non meno di 3 mesi. Come risulta anche dall'ultimo rapporto medico 22.05.2019 del dr. med. \_\_\_\_\_ e del dr. med. \_\_\_\_\_, l'assicurato continua a consumare THC, malgrado non risulti diagnosticata una sindrome da dipendenza, che viene anzi esclusa dal medico curante (punto 2.2 del rapporto medico citato). Ciò vuoi dire che l'assicurato è perfettamente in grado di evitare di consumare la sostanza, se vuole. Peraltro, nello stesso rapporto medico, l'assicurato viene descritto come critico rispetto alla sua malattia, con un comportamento adeguato e finalistico, pertanto da lui era ed è sicuramente esigibile che si mantenga astinente dal consumo di THC e che, dopo un congruo periodo di astensione, possa aderire a misure SIP. Per tali ragioni, si evince come l'assicurato abbia scelto di non dare seguito alla diffida, venendo meno al suo dovere di collaborare per ridurre il danno alla salute. Tale consumo, con verosimiglianza preponderante, è la causa della sintomatologia depressiva descritta dal dr. med. \_\_\_\_\_, che comunque non aggettiva una sindrome depressiva ricorrente. Non risultano evidenti i segni e sintomi caratteristici che consentono di formulare tale diagnosi secondo il manuale diagnostico ICD10. Dalla valutazione testistica allegata al rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_, si evidenzia come la diagnosi di ritardo mentale lieve formulata dai curanti, non trova oggettivazione. Il QI=86 risultato dalla somministrazione del test WAIS-IV non consente di formulare tale diagnosi. Pertanto, in una attività generica, non qualificata non è possibile aggettivare limitazioni della CL." Egli ha quindi negato ogni inabilità o "limitazione funzionale, in assenza del consumo di THC ", con prognosi positiva " in assenza del consumo di sostanze psicotrope", concludendo nel senso che " a llo stato attuale nessuna IL causata da patologia è oggettivabile. L'assenza del consumo di sostanze psicotrope è esigibile dall'assicurato, che in passato non ha ottemperato ai termini della diffida " (doc. AI pag. 302). Sulla base di questa valutazione, con la decisione del 13 gennaio 2020, l'Ufficio AI ha negato il diritto a una rendita o a provvedimenti professionali, con la motivazione che " Dalla documentazione medica non emergono affezioni invalidanti atte a pregiudicare la capacità lavorativa dell'assicurato, viene pertanto ritenuto totalmente abile " (doc. AI pag. 309). La decisione è cresciuta incontestata in giudicato. 2.7.2. Nell'ottobre 2020 è stata presentata una nuova domanda di prestazioni tramite \_\_\_\_\_, curatore dell'assicurato da gennaio 2020, il quale ha motivato la richiesta adducendo la presenza di " sindrome e depressiva ricorrente con attuale episodio depressivo di media gravità associato a ridotto funzionamento cognitivo in nota sindrome malformativa congenita in fase di accertamento " (doc. AI pag. 341). Nel rapporto del 27 ottobre 2010, il dr. \_\_\_\_\_, poste le diagnosi psichiatriche con ripercussione sulla capacità lavorativa di "Ritardo mentale lieve: Nessun o minimo disturbo del comportamento, ICD-10:l F70.0; Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravita, con sintomi biologici, ICD-10: F33.11 ", ha precisato che il consumo di THC si era " completamente arrestato da un anno a questa parte" e ha

concluso per un'incapacità lavorativa completa dal 15 gennaio 2019 (momento della presa a carico del paziente). La prognosi sulla capacità lavorativa era a suo avviso sfavorevole, sia per la cronicità della patologia psichiatrica di base, sia per il funzionamento cognitivo limitato del paziente, sia per i tratti personologici, e questo malgrado dal gennaio 2019 egli fosse in cura regolare presso il RA 1 di \_\_\_\_\_ e malgrado l'astinenza dal consumo di THC; doc. AI pag. 352; cfr. al consid. 2.8.2). Il dr. \_\_\_\_\_, generalista curante dal novembre 2019, il 20 novembre 2020, riguardo alle affezioni con influsso sulla capacità lavorativa ha precisato che oltre ad un certo ritardo mentale "Penso che si tratti di una ipocondroplasia. La diagnosi non è stata per ora confermata anche dopo consultazione di genetica medica (06.04.2019, Dr.ssa Med. \_\_\_\_\_)" e affermato che "credo che possa essere unicamente considerata una professione in un ambiente protetto" (doc. AI pag. 387). Dopo aver interpellato il dr. \_\_\_\_\_ del SMR (il quale nell'annotazione del 10 febbraio 2021 ha affermato: "Ho preso visione del dossier e della documentazione medica. Nell'ultimo rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_ (GED 30.10.2020) è descritto come l'assicurato stia seguendo una terapia regolare e come da oltre un anno si stia mantenendo astinente dal consumo di THC. Come esplicitato, nel rapporto finale SMR del 13.11.2019, non è aggettivata una sindrome depressiva ricorrente. Dalla valutazione testistica allegata ai precedenti rapporti medici del dr. med. \_\_\_\_\_, si evidenzia come la diagnosi di ritardo mentale lieve formulata dai curanti, non trova aggettivazione. Il QI=86 risultato dalla somministrazione del test WAIS-IV non consente di formulare tale diagnosi. Pertanto, in una attività generica, non qualificata non è possibile aggettivare limitazioni della CL. Peraltro, a conferma indiretta di ciò, nel punto 2.2. dell'ultimo rapporto medico del dr. med. \_\_\_\_\_ (GED 23.11.2020) è descritto come il paziente sia asintomatico", doc. AI pag. 390), con progetto di decisione del 12 febbraio 2021 l'Ufficio AI ha proposto la reiezione della richiesta di prestazioni (doc. AI pag. 391). In fase di osservazioni la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra del RA 1, sottolineato come l'assicurato fosse attualmente astinente da THC e altre sostanze, ha affermato: "(...) Il paziente è noto ai vostri uffici per infermità congenita con ritardo dello sviluppo globale (influenzante crescita e sviluppo cognitivo) necessitante di provvedimenti di educazione precoce presso il \_\_\_\_\_ già in giovane età. Il danno alla salute era riconosciuto tra le infermità congenite ai sensi dell'OAI cifra 121 quale condrodistrofia congenita, diagnosticata presso la divisione di genetica medica del \_\_\_\_\_ (crescita ridotta, dismorfismo, ridotto sviluppo di mani e piedi, fessura labiale e/o palatina) per cui erano stati riconosciuti provvedimenti. RI 1 è primogenito di una coppia conflittuale, separatesi quando il bimbo aveva 3-4 anni, il padre manteneva verso moglie e figli un comportamento violento sia a livello verbale che fisico e la madre, affetta verosimilmente dalla medesima infermità congenita, è risultata una figura fragile. Le importanti difficoltà familiari sono state riconosciute dall'ARP di competenza con nomina di un curatore (2013). La presenza dell'infermità congenita unita al contesto familiare destabilizzante e poco supportivo, ha comportato difficoltà scolastiche e la necessità di un collocamento in esternato presso l'istituto \_\_\_\_\_. Dopo le scuole elementari il paziente, così come il fratello, vengono avviati alle scuole speciali e nel 2015/2016 RI 1 viene inserito presso l'istituto \_\_\_\_\_ con un percorso in preformazione professionale. Inizialmente presentando numerose assenze fino ad arrivare alla non presenza e alla necessità di richiedere una presenza in internato. Il percorso termina nel 2019 con esito non positivo a causa di assenze aumentate legate ad un malessere profondo e un blocco nell'investimento sul progetto (rapporto finale). Nel 2016 è stata da voi richiesta una valutazione psicodiagnostica, eseguita dalla psicologa \_\_\_\_\_ che mostrava la

presenza di un livello intellettivo situato nella fascia al limite della deficitarietà (70-79) con un QIT pari a 77 (febbraio 2019 QI 86). (...). Oltre alle limitazioni cognitive in adolescenza esordiva un quadro psicopatologico depressivo, tant'è che nel 2018, nel rapporto intermedio della consulente AI (sig.a \_\_\_\_\_) emergeva una preoccupazione per l'apatia, la non motivazione e l'uso di sostanze. Il pediatra curante, Dr. med. \_\_\_\_\_ segnalava nello stesso anno episodi depressivi di media gravità con problemi comportamentali nel contesto scolastico. Il ragazzo inoltre, non riuscendo ad investire e rispettare le regole con uso di sostanze, è stato allontanato dall'istituto. (...). Risulta pertanto difficilmente sostenibile, visti i limiti funzionali e cognitivi, un'abilità lavorativa generica. Già la consulente AI nel settembre 2018 proponeva stage sia nel libero mercato ma anche in laboratori protetti al fine di valutare le varie limitazioni. Chiediamo pertanto la possibilità di rivalutare il caso al fine di un inserimento in ambito protetto (come anche sostenuto dal generalista, Dr. med. \_\_\_\_\_ - rapporto medico 11.2020)." (doc. AI pag. 399) Dopo aver sottoposto tale presa di posizione al SMR (per il quale il nuovo rapporto medico non conteneva " elementi che consentano di discostarsi dalla precedente presa di posizione dell'Ufficio"; doc. AI pag. 401), con la decisione contestata l'Ufficio AI ha rifiutato l'erogazione di prestazioni motivando: " Decidiamo pertanto : La richiesta di prestazioni è respinta. Esito degli accertamenti : Dalla nuova documentazione medica acquisita all'incarto non emergono affezioni invalidanti atte a pregiudicare la capacità lavorativa del Signor RI 1, che viene sempre ritenuto totalmente abile in un'attività generica, non qualificata. AUDIZIONE In sede di audizione in data 15.03.2021 otteniamo osservazioni al progetto da parte del Dr. \_\_\_\_\_ e della Dr.ssa \_\_\_\_\_. Le stesse sono state sottoposte al vaglio del nostro Servizio Medico Regionale, il quale afferma non sussistono elementi che consentano di discostarsi dalla presa di posizione assunta. Ne discende l'integrata conferma del contenuto del progetto di decisione del 12.02.2021." (doc. AI pag. 402) Di fronte a questo Tribunale l'assicurato, tramite la psichiatra dr.ssa \_\_\_\_\_, ha contestato la decisione, chiedendo la rivalutazione del caso, quantomeno al fine di un inserimento professionale in ambito protetto, allegando nuovamente le valutazioni psicologiche testistiche eseguite nel febbraio 2019 e ribadendo che per l'assicurato, " a ffitto da infermità congenita con conseguenti disturbi somatici (anche visibili, mani e piedi molto piccoli, scoliosi, particolare fenotipo), livello intellettivo al limite della deficitarietà (ICD-10: F70.0), sindrome depressiva ricorrente (ICD-10: F33) ", con un'importante difficoltà di scolarizzazione, risultava " difficilmente sostenibile, visti i limiti funzionali e cognitivi, un'abilità lavorativa generica" (doc. I). 2.8. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione agli atti, non può concordare con la conclusione dell'Ufficio AI, ma ritiene indispensabile che, onde addivenire ad un affidabile giudizio sul diritto a prestazioni dell'assicurato, vengano preliminarmente messi in atto ulteriori approfondimenti medico-specialistici e, quindi, economici. In effetti, la documentazione agli atti non consente con la necessaria chiarezza di giungere a conclusioni complete sull'effettiva capacità lavorativa dell'assicurato. Questo per i motivi che seguono. 2.8.1. Risulta che in occasione della precedente domanda di prestazioni l'amministrazione, con la decisione del 13 gennaio 2020, ha negato il diritto a prestazioni considerato come dagli atti acquisiti non emergevano affezioni invalidanti atte a pregiudicare la capacità lavorativa dell'assicurato (doc. AI pag. 309). Tale conclusione si era sostanzialmente basata sulle conclusioni finali del dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale, nel rapporto finale del 13 novembre 2019, poste le diagnosi (senza influsso sulla capacità

lavorativa) di “ICD10 F.12 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di cannabinoidi, Acrodisostosi, livello intellettuale limite ”, aveva sostanzialmente concluso che qualora l’assicurato, che da tempo era consumatore di THC, si fosse mantenuto astinente dal consumo di tale sostanza, non avrebbe avuto alcuna limitazione rilevante della capacità lavorativa e avrebbe quindi potuto esercitare un’attività lavorativa generica. A suo avviso in effetti il consumo di THC era “ con verosimiglianza preponderante” la causa della sintomatologia depressiva descritta come invalidante dal dr. \_\_\_\_\_. Inoltre non era a suo avviso oggettivamente, date le circostanze, una sindrome depressiva ricorrente con segni e sintomi caratteristici secondo il manuale diagnostico ICD10. Considerato peraltro come l’assicurato avesse continuato a consumare le sostanze stupefacenti, malgrado non risultasse diagnosticata una sindrome da dipendenza, e quindi fosse da lui esigibile che si mantenesse astinente dal consumo di THC, non ottemperando pertanto alla precedente diffida dell’amministrazione, egli andava considerato abile pienamente. Giusta il SMR pertanto, non era ammissibile “nessuna limitazione funzionale, in assenza del consumo di THC ”, con prognosi positiva in assenza del consumo di sostanze psicotrope, concludendo nel senso che “ a lo stato attuale nessuna IL causata da patologia è oggettivamente. L'assenza del consumo di sostanze psicotrope è esigibile dall'assicurato, che in passato non ha ottemperato ai termini della diffida ” (doc. AI pag. 301). Del resto il medico SMR si era basato anche sulle indicazioni del consulente professionale, il quale, nella nota del 3 ottobre 2019, aveva concluso che “ non si intravedono attualmente possibilità di attivare provvedimenti professionali in quanto l’assicurato non ha mai smesso il consumo di THC, vedi rapporto Dr. \_\_\_\_\_” (doc. AI pag. 285). Sulla base di questa valutazione, con la decisione del 13 gennaio 2020, cresciuta in giudicato, l’Ufficio AI ha quindi negato il diritto a una rendita o a provvedimenti professionali, ritenendo l’assicurato “ totalmente abile” , visto che “ dalla documentazione medica non emergono affezioni invalidanti atte a pregiudicare la capacità lavorativa dell'assicurato ” (doc. AI pag. 309).

2.8.2. Nell’ambito della nuova domanda di prestazioni dell’ottobre 2020, adducendo la presenza di “ sindrome e depressiva ricorrente con attuale episodio depressivo di media gravità associato a ridotto funzionamento cognitivo in nota sindrome malformativa congenita in fase di accertamento ” (doc. AI pag. 341), il dr. \_\_\_\_\_ del RA 1, nel rapporto medico del 27 ottobre 2020, ha confermato la completa cessazione del consumo di THC dal gennaio 2020 e il fatto che l’assicurato fosse in cura regolare presso il RA 1 di \_\_\_\_\_ da gennaio 2019, ribadendo nondimeno le diagnosi psichiatriche con ripercussione sulla capacità lavorativa di “Ritardo mentale lieve: Nessun o minimo disturbo del comportamento, ICD-10: F70.0; Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, con sintomi biologici, ICD-10: F33.11 ”, e concluso per un’incapacità lavorativa completa dal 15 gennaio 2019 (momento della presa a carico del paziente). Ha quindi affermato che il quadro psicopatologico depressivo, esordito in adolescenza, era da qualificare come di tipo cronico e “ sostenuto in maniera preponderante dalle implicazioni psicologiche e socio-ambientali derivanti dalla acrodisostosi genetica familiare”. Egli ha precisato che “tali fattori hanno contribuito alla formazione di tratti di personalità disfunzionali, senza configurare un franco disturbo della personalità. Il paziente presenta infatti una scarsa autostima di base ed un scarso senso di autoefficacia e scarsa resilienza, tratti permanenti e costitutivi della personalità che predispongono a recidive depressive di malattia, unitamente al funzionamento cognitivo limite ”. Con riferimento alla capacità lavorativa il dr. \_\_\_\_\_ ha sottolineato “ le limitazioni del funzionamento cognitivo-intellettuale che limitano le normali capacità di base utili in ambito lavorativo (apprendimento,

organizzazione) unitamente a tratti disfunzionali personologici come descritto in precedenza”, con prognosi sfavorevole, per la cronicità della patologia psichiatrica di base, per il funzionamento cognitivo limitato del paziente e per i tratti personologici sopra descritti (doc. AI pag. 352). Contrariamente alla precedente attestazione del 22 maggio 2019 (nella cui sede egli aveva dichiarato che “in condizione di stabilità psichica, sostenuto da adeguati presidi terapeutici, verosimilmente è esigibile un'attività lavorativa adeguata alle limitazioni del paziente nella misura del 50% ”; doc. AI pag. 269; cfr. al consid. 2.7), in questa sede egli si è quindi espresso più negativamente circa un possibile progresso futuro dell'abilità lavorativa. In sintesi dunque, secondo lo psichiatra curante l'incapacità lavorativa era dovuta “ al quadro psicopatologico depressivo”, alle limitazioni del funzionamento cognitivo-intellettuale che limitano le normali capacità di base utili in ambito lavorativo (apprendimento, organizzazione) unitamente a tratti disfunzionali personologici. La prognosi era sfavorevole (doc. AI pag. 352). D'altra parte, il dr. \_\_\_\_\_, generalista curante, il 20 novembre 2020 ha menzionato quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa la “ ipocondroplasia” e il ritardo mentale, osservato inoltre che a suo avviso era ipotizzabile soltanto “ una professione in un ambiente protetto” (doc. AI pag. 387).

2.8.3 Chiamato a prendere posizione sul rapporto del curante, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nell'annotazione del 10 febbraio 2021, senza predisporre alcun accertamento ulteriore, si è limitato a prendere atto che l'assicurato fosse “ da oltre un anno ” astinente dal consumo di THC e seguisse una terapia regolare, negando tuttavia nuovamente, ma senza motivazione, la presenza di una sindrome depressiva ricorrente (doc. AI pag. 390). Nonostante l'esplicito rinvio al suo precedente rapporto del 13 novembre 2019 lo psichiatra del SMR non ha preso posizione sul fatto che malgrado l'assicurato fosse ora (e da oltre un anno) regolarmente sotto cura psichiatrica specialistica e soprattutto si mantenesse astinente dal consumo di THC, continuasse nondimeno a presentare, tra l'altro, un quadro di Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, con sintomi biologici, ICD-10: F33.11 ”, che lo rendevano secondo i curanti inabile in misura completa, con prognosi rivista negativamente, rispetto a quanto attestato nel maggio 2019 (doc. AI pag. 269 e 353). Ora, considerato come il medesimo dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nell'annotazione del 4 giugno 2019 e ancora nel (da lui espressamente richiamato) rapporto SMR del 13 novembre 2019, aveva affermato che il consumo di THC “ con verosimiglianza preponderante è la causa della sintomatologia depressiva descritta dal dr. \_\_\_\_\_” ( doc. AI pag. 283, 299), il fatto che nella sua presa di posizione egli si sia essenzialmente limitato a brevemente rinviare a quanto già affermato nel medesimo rapporto finale (anche per quanto riguarda la diagnosi di ritardo mentale lieve formulata dai curanti), senza chinarsi sui nuovi elementi presentati dai curanti dell'assicurato, fra i quali il riuscito abbandono dal consumo di THC o altre sostanze, non appare condivisibile (doc. AI pag. 390). Il medico del SMR non ha ritenuto di procedere ad ulteriori chiarimenti nemmeno alla luce delle dettagliate osservazioni al progetto di decisione del 12 febbraio 2021 presentate il 10 marzo 2021 dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del RA 1. In tale sede la specialista, dopo aver elencato nel dettaglio le vicissitudini famigliari, scolastiche e formative dell'assicurato (e in particolare il percorso formativo presso l'istituto \_\_\_\_\_ terminato con esito negativo nel 2019) così come la contemporanea presenza invalidante dell'infermità congenita, ha innanzitutto ribadito che la valutazione psicodiagnostica fatta eseguire nel 2016 dall'Ufficio AI aveva permesso di mostrare la presenza di un livello intellettuale situato nella fascia al limite della deficitarietà (70-79) con un QIT pari a 77 (febbraio 2019 QI 86), quadro che comportava “ una maggior difficoltà e dispendio nel comprendere fatti presentati verbalmente, esprimere propri

ragionamenti, mantenere una concentrazione e un'attenzione sostenuta, mantenere in memoria il punto successivo in una negoziazione ed eseguire dei compiti aritmetici a mente". La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha inoltre ricordato che in aggiunta alle limitazioni cognitive, a partire dall'adolescenza era insorto un quadro psicopatologico depressivo, con episodi depressivi di media gravità. La psichiatra ha quindi fornito un quadro estremamente precario dell'attuale situazione dell'assicurato, il quale, benché astinente da THC e altre sostanze, viveva "in autonomia con il fratello, affetto verosimilmente dalla stessa patologia genetica, con giornata destrutturata, isolamento sociale, apatia, mancanza di prospettive future, il pensiero appare focalizzato su sentimenti di fallimento e difficoltà ad accettare i propri limiti riconosciuti solo parzialmente". Ha quindi concluso affermando che " il paziente è affetto da infermità congenita con conseguenti disturbi somatici e livello intellettuale al limite della deficitarietà, disturbo depressivo ricorrente, sostenuto da una curatela. Dall'anamnesi emerge un'importante difficoltà di scolarizzazione, l'incapacità di portare a termine anche un percorso di scuole speciali e un percorso di preformazione professionale in ambito protetto presso l'istituto \_\_\_\_\_. Risulta pertanto difficilmente sostenibile, visti i limiti funzionali e cognitivi, un'abilità lavorativa generica" (doc. AI pag. 398; cfr. in esteso al consid. 2.7.2). Malgrado tale dettagliata presa di posizione, e l'insistenza con cui, quindi, gli psichiatri curanti abbiano sottolineato le difficoltà dell'assicurato, con conseguente inabilità lavorativa anche in attività lavorative generiche, il medico SMR, chiamato ad esprimersi, il 16 giugno 2021 si è limitato a negare la presenza di " elementi che consentano di discostarsi dalla precedente presa di posizione dell'Ufficio " (doc. AI pag. 401). A mente del TCA, posto di fronte a precise, contestualizzate e oggettivate contestazioni da parte degli psichiatri curanti circa le problematiche che affliggono l'assicurato, il medico SMR non poteva liquidare in modo generico e stringato le osservazioni dei colleghi curanti senza confrontarsi in modo preciso con le contestazioni sollevate, a maggior ragione se si considera che sia il dr. \_\_\_\_\_ che la dr.ssa \_\_\_\_\_ sono giunti a conclusioni totalmente opposte circa l'incapacità lavorativa dell'assicurato. Un migliore approfondimento si sarebbe imposto a maggior ragione laddove si considera che, come ricordato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, nel gennaio 2017 il dr. \_\_\_\_\_ stesso aveva riconosciuto un danno alla salute che aveva ritardato o prolungato la formazione scolastica, che aveva imposto l'interruzione della formazione precedentemente intrapresa o che limitava la scelta professionale (cfr. il rapporto 21 gennaio 2017, doc. AI pag. 196, citato in esteso al consid. 2.7.1). Prescindendo da tale confronto, il dr. \_\_\_\_\_ non ha fugato i dubbi sollevati ripetutamente dai curanti circa le reali condizioni dell'assicurato e le patologie di cui soffre dal profilo innanzitutto psichiatrico e, di riflesso, le ripercussioni sulla sua capacità lavorativa. In particolare, il SMR, di fronte a tali certificazioni che hanno costantemente ribadito la sussistenza di una situazione gravemente inabilitante malgrado da un anno l'assicurato fosse seguito dagli psichiatri e dagli psicologi e fosse astinente da sostanze stupefacenti, avrebbe dovuto quantomeno procedere ad acquisire un rapporto specialistico esterno e rispettoso dei parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi 2.3 e 2.5 e si pronunciasse in modo chiaro sulle affezioni psichiche lamentate dall'assicurato e valutasse la sua capacità lavorativa. A maggior ragione ove si consideri che l'interessato non è mai stato fino ad ora sottoposto ad alcun accertamento medico specialistico né interno né esterno all'Ufficio AI, malgrado il suo particolare stato di salute. Inoltre, dalla documentazione agli atti emerge che anche la questione somatica necessita di ulteriore chiarimento. Come ricordato nuovamente dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, l'assicurato è affetto da un'infermità congenita con

ritardo dello sviluppo globale (influenzante la crescita e lo sviluppo cognitivo). Il danno alla salute è stato ricondotto all'infermità congenita cifra 121 della lista OAI e ad una condrodistrofia congenita, inizialmente diagnosticata presso la divisione di genetica medica del \_\_\_\_\_ (con crescita ridotta, dismorfismo, ridotto sviluppo di mani e piedi, fessura labiale e/o palatina; doc. AI pag. 125), ma da quanto riferito dai dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ tuttora in fase di chiarimento radiologico e genetico (doc. AI pag. 351, 367, 387; cfr. anche le certificazioni del 16 aprile 2019 e 19 ottobre 2020 della dr.ssa \_\_\_\_\_ del Servizio di Genetica medica dell' \_\_\_\_\_; doc. AI pag. 259 e 367). D'altra parte la valutazione psicodiagnostica eseguita nel 2016 per conto dell'AI, aveva concluso per un livello intellettuale situato nella fascia al limite della deficitarietà (70-79) con un QIT pari a 77 (secondo i test somministrati nel febbraio 2019 QI 86; doc. AI pag. 152 e 278). Dal punto di vista strettamente somatico, la patologia congenita di cui è portatore comporta limitazioni anche fisiche non indifferenti per l'assicurato, che si presenta di bassa statura, con mani e piedi molto piccoli e con una scoliosi (doc. AI pag. 259). In merito, nell'Annotazione del 28 luglio 2021 il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ si è limitato ad affermare che l'assicurato presentava dal lato somatico “ le seguenti limitazioni funzionali dovuti alla patologia congenita: non lavori di precisione con le mani, non lavori particolarmente pesanti in particolare con le mani, possibilità di alternare posizione seduta/eretta, non spostamenti prolungati su terreni accidentati, non lavori su scale a pioli o impalcature ”, concludendo affermando che “ dal punto di vista fisico un'attività adatta può essere svolta con orario e rendimento normale ” (doc. V/2). Ora, tale conclusione, avvenuta sulla base dei soli pochi atti all'inserto concernenti le affezioni somatiche di cui soffre il ricorrente e sprovvista di qualsivoglia accertamento specifico o visita clinica, appare decisamente affrettata e insufficiente per dare un quadro preciso ed esaustivo circa non solo le effettive affezioni di cui soffre l'assicurato, ma anche le conseguenti eventuali limitazioni nell'esercizio di un'attività lavorativa. A maggior ragione ove si ricordi che già in occasione della valutazione nel settembre 2018 la consulente professionale aveva escluso la possibilità di approcciare professioni in cucina o pasticceria a causa dei limiti funzionali, visto anche che l'assicurato aveva sperimentato tali mansioni e non le aveva portate a termine per le algie ai piedi conseguenti ad una posizione eretta per lunghi periodi e alle deformità congenite ai piedi (doc. AI pag. 235, pag. 399). Del resto anche il dr. \_\_\_\_\_, nelle sue valutazioni del 22 maggio 2019 e 27 ottobre 2020, aveva sottolineato come non fosse chiaro “ se il profilo cognitivo limite del paziente è legato alla sindrome genetica, o indipendente da essa ” (doc. AI pag. 266 e 351), sottolineando quindi nel rapporto del 27 ottobre 2020 ulteriormente che “ Sebbene esuli dal contesto specialistico psichiatrico, segnaliamo inoltre limitazioni dal punto di vista somatico correlate alla sospetta acrodisostosi famigliare, che necessiterebbero di ulteriori approfondimenti” (doc. AI pag. 355) . Appare quindi imprescindibile procedere ad ulteriori chiarimenti intesi a chiarire non solo l'esatta natura della patologia congenita di cui è affetto il ricorrente (secondo il dr. \_\_\_\_\_ la stessa è ancora oggetto di esame; doc. AI pag. 386), ma anche l'entità e la misura dei disturbi somatici che ne conseguono. 2.8.4. Tutto ben considerato quindi, sia per quanto riguarda il quadro psichiatrico che quello somatico, le conclusioni tratte il 10 febbraio 2021 dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, e ribadite espressamente nelle annotazioni del 16 giugno 2021, dopo avere esaminato i referti prodotti sia prima sia dopo il progetto di decisione quale osservazioni, non danno un quadro chiaro, completo e non contraddittorio delle condizioni di salute del ricorrente e dell'effettiva capacità lavorativa. Ora, se è vero che la giurisprudenza federale impone che in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla

posizione del medico curante, anche se specialista, dall'altra l'Alta Corte impone che, qualora sussistano indizi concreti che minano l'attendibilità delle perizie degli specialisti indipendenti, segnatamente in caso di rapporti medici contraddittori, il giudice – tenuto a valutare l'intero materiale probatorio – in caso di dubbio sull'affidabilità e sulla conclusione dei pareri medici non può fondarsi su questi ultimi, anche se, precisa la nostra Massima istanza, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dall'amministrazione o a imporre nuovi accertamenti (cfr. supra consid. 2.5). Il TCA ricorda pure che se è vero che il Tribunale federale ha posto il principio secondo cui alle certificazioni del medico curante, anche se specialista, va riconosciuto un valore di prova limitato in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. consid. 2.5), d'altra parte l'Alta Corte ha sottolineato in diverse occasioni che non va dimenticata la potenziale forza probante dei rapporti del medico curante, derivante dal fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C\_468/2009 del 9 settembre 2009 e riferimenti, tuttora in vigore, come ricordato ad es. in STF 8C\_168/2019 del 9 settembre 2019, mettendo comunque in rilievo anche la differenza esistente tra mandato di cura e mandato peritale; D. Cattaneo, in “ Les expertises en droit des assurances sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Nella fattispecie il TCA non dispone degli elementi necessari per stabilire, con la sufficiente tranquillità, se sia condivisibile, oppure no, la decisione impugnata con la quale l'amministrazione ha stabilito per l'assicurato una completa abilità lavorativa in attività generiche non qualificate, sulla base del parere del SMR. Come con pertinenza fatto valere dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nelle osservazioni del 29 ottobre 2021 con cui ha postulato l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare (ritenuto come “ Tale valutazione potrebbe meglio chiarire tutti gli elementi che rendono difficoltoso un reinserimento professionale e documentare le reali capacità lavorative del paziente. Riteniamo che una valutazione oggettiva e completa debba includere sia gli elementi somatici che psichici e che un percorso in ambito protetto potrebbe evitare la cronicizzazione delle problematiche favorendo una strutturazione” , doc. VII), si rende necessario un accurato accertamento peritale di natura pluridisciplinare che, unitamente ad un'approfondita valutazione genetica volta a chiarire l'esatta natura della patologia congenita di cui è affetto, permetta di far luce sulle varie problematiche, psichiche e non, di cui è portatore l'assicurato e ne determini chiaramente le eventuali conseguenti limitazioni sulla capacità lavorativa. 2.9 Inoltre, va pure evidenziato come la dr.ssa \_\_\_\_\_ ritenga indispensabile che venga sufficientemente indagata l'eventualità, nell'ambito dei tentativi di intraprendere un'attività lavorativa, di inserire l'assicurato “ in ambito protetto ”, aspetto quest'ultimo che del resto era già stato evidenziato dalla consulente professionale in occasione della valutazione del settembre 2018 (verbale incontro con il consulente professionale del 28 settembre 2018, doc. AI pag. 235 citato al consid. 2.7.1), e dal dr. \_\_\_\_\_ (“credo che possa essere unicamente considerata una professione in un ambiente protetto ”, rapporto medico del 20 novembre 2020, doc. AI pag. 386), ma che non è finora mai stato oggetto di adeguato approfondimento. I curanti hanno in sostanza più volte sostenuto che difficilmente vi sarebbero nel libero mercato attività dove l'assicurato possa sfruttare la sua capacità lavorativa, considerata la sintomatologia depressiva persistente, di grado medio, ma anche le limitazioni derivanti dai particolari tratti personologici, dal ritardo mentale con calo della concentrazione e della memoria. Ora, quanto alla sfruttabilità della capacità lavorativa dell'assicurato, come anche premesso al

consid. 2.5, il consulente in integrazione professionale, sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche, valuta quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta essenzialmente al consulente professionale, che meglio di chiunque altro è in grado di emettere una valutazione a proposito delle attività economiche entranti in linea di conto nonostante il danno alla salute e l'età (STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.3; 9C\_439/2011 del 29 marzo 2012 consid. 5; 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011; RtiD II-2008 pag. 274 consid. 4.3), e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni e limitazioni mediche, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (STF 9C\_986/2010 dell'8 novembre 2011 consid. 3.5). Al riguardo va rilevato che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Al riguardo questo TCA ricorda che nella STF 9C\_683/2011 del 9 gennaio 2012 l'Alta Corte, nell'apprezzare la residua capacità lavorativa di un assicurato con grave patologia psichiatrica, aveva tra l'altro rilevato che : “ L'aumento della produttività in seno alle imprese, la pressione circa la redditività o ancora le necessità derivanti dalla gestione dei costi salariali pesano sugli impiegati che devono dimostrare impegno e efficacia, integrarsi in una struttura aziendale e quindi mostrare una capacità di adattamento importante (sentenza 9C\_984/2008 del 4 maggio 2009 consid. 6.2). Va pure ricordata la giurisprudenza sull'impossibilità di esercitare, per motivi psichici, un'attività lucrativa sul mercato equilibrato del lavoro (cfr. la STCA 32.2013.28 del 7 agosto 2013). Nella sentenza federale 9C\_658/2013 del 26 dicembre 2013, parzialmente pubblicata in DTF 140 V 2, la perizia psichiatrica eseguita dal SMR aveva concluso che l'assicurato conservava una parziale capacità lavorativa residua, ma solo in un ambiente protetto , ritenuto che “l'assicurato presenta uno stato di ansia scarsamente compatibile con un'occupazione sul mercato libero, se non al massimo 3 ore al giorno in un ambiente accogliente e poco stressante”. Nella fattispecie oggetto della STF 8C\_683/2011 del 16 agosto 2012, il perito psichiatra aveva espressamente indicato che la capacità lavorativa è nulla per qualsiasi attività che non abbia un carattere puramente occupazionale, che non pretenda dall'interessato assiduità, produttività, precisione. Sia menzionata anche la STCA 32.2011.254 dell'8 agosto 2012, nella quale il TCA ha considerato che le condizioni poste dai periti medici a proposito del lavoro “ideale” – corrispondente “ ad un ambiente di lavoro che riesca a tollerare i limiti dettati dal disturbo di personalità dell'interessata, quindi sereno e non conflittuale, con possibilità di lavorare in maniera autonoma, in assenza di colleghi competitivi ed in generale dove non sia indispensabile essere in grado di inserirsi in uno spirito di gruppo”- erano irrealistiche considerate le esigenze poste attualmente dal mercato del lavoro ”. Nella STF 9C\_984/2008 del 4 maggio 2009, concernente un assicurato il cui disturbo della personalità (personalità borderline) implicava la necessità di lavorare in un ambiente confinato e protetto, fuori da ogni stress professionale e sociale , il TF ha ritenuto che le concessioni smisurate che

verrebbero richieste a un potenziale datore di lavoro, rendano l'esercizio di un'attività lucrativa incompatibile con le esigenze attuali del mondo economico. Infine, con la STF 9C\_910/2011 del 30 marzo 2012 l'Alta Corte ha considerato non realistiche, su un mercato equilibrato del lavoro, le possibilità occupazionali per un assicurato, ritenuto, da un punto di vista medico, ancora abile al lavoro in maniera completa solo in un determinato ambiente lavorativo, nel quale sia chiamato a svolgere compiti meno complessi, senza tempi assillanti, in un clima lavorativo familiare e tollerante (le sottolineature sono della redattrice). Ora, nel caso concreto, alla luce quindi di quanto verrà meglio accertato nell'ambito degli accertamenti medici pluridisciplinari che verranno predisposti, l'amministrazione si chinerà pure sulla questione della necessità per l'assicurato, il quale non ha prima d'ora in sostanza maturato alcuna competenza lavorativa, di far capo ad un ambito professionale protetto o meno. Non va dimenticato che l'assicurato soffre di una depressione di media gravità nonché di un ritardo mentale con limitazione del funzionamento cognitivo-intellettuale e che in base alla valutazione psicologica eseguita nell'ottobre 2016 per l'interessato nella vita quotidiana potrebbe "essere particolarmente difficoltoso e dispendioso comprendere fatti presentati verbalmente, esprimere i propri ragionamenti, mantenere una concentrazione e un'attenzione sostenuta, mantenere in memoria il punto successivo in una negoziazione ed eseguire dei compiti aritmetici a mente" (doc. AI pag. 151), limitazioni queste che peraltro erano state espressamente condivise e recepite anche dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nei rapporti del 19 e 21 gennaio 2017, in sede di descrizione delle "limitazioni funzionali necessarie per l'integrazione professionale" (doc. AI pag. 195). In queste circostanze, richiamata la succitata giurisprudenza sulle potenziali difficoltà di esercitare, per motivi psichici (e somatici), un'attività lucrativa sul mercato equilibrato del lavoro, alla luce dei più completi accertamenti pluridisciplinari che verranno eseguiti, sarà da adeguatamente esaminare se la capacità lavorativa dell'assicurato sia sfruttabile in un mercato libero, seppur equilibrato, o solo in un circuito lavorativo protetto.

2.10. Visto tutto quanto precede, questo Tribunale non può escludere con la dovuta certezza e serenità che (sino) al momento della decisione dell'UAI il ricorrente presentava una - quantomeno parziale - incapacità lavorativa. In tal senso, il TCA ritiene indispensabile che vengano esperiti ulteriori accertamenti medici pluridisciplinari e, quindi, economici, nel senso sopra indicato al fine di chiarire la situazione invalidante dell'assicurato fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata. Vista la necessità di rinviare gli atti all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti, la decisione impugnata deve essere annullata e il ricorso accolto.

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 di un complemento ("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. DTF 137 V 210; STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In una sentenza 8C\_59/2011 del 10 agosto 2011 - dunque successiva a quella pubblicata in DTF 137 V 210 -, emanata in materia di assicurazione contro gli infortuni, il Tribunale federale ha ribadito i principi sviluppati nella DTF 135 V 465, in particolare che, in presenza di dubbi circa l'affidabilità di rapporti allestiti da medici di fiducia, il giudice (cantonale) è libero di scegliere se ordinare direttamente una perizia giudiziaria oppure rinviare gli atti

all'amministrazione affinché disponga essa stessa una perizia seguendo la procedura di cui all'art. 44 LPGa: " Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471)." (STF 8C\_59/2011 consid. 5.2) L'Alta Corte è giunta alla stessa conclusione in una sentenza ancor più recente, 8C\_943/2010 del 9 novembre 2011, concernente una fattispecie in cui l'aspetto della residua capacità lavorativa era stato oggetto di valutazioni discordanti tra il medico fiduciario dell'assicuratore infortuni ed i sanitari della clinica di riabilitazione dove l'assicurato aveva soggiornato tempo prima. In quella pronuncia, il TF ha rinviato la causa all'amministrazione affinché disponesse un complemento istruttorio da parte di un medico indipendente ossequiando la procedura di cui all'art. 44 LPGa. In concreto, rilevato come, per quanto precede, ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso, stante quindi la necessità di completare gli accertamenti già esperiti dall'amministrazione, annullata la decisione impugnata si giustifica il rinvio degli atti affinché essa proceda nel senso indicato sopra e quindi metta in atto gli accertamenti medici ed economici necessari a chiarire quale sia l'effettivo stato di salute dell'assicurato e le ripercussioni dello stesso sulla sua capacità lavorativa e si determini in seguito nuovamente sul diritto a prestazioni. 2.12. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 82a LPGa in combinazione con gli art. 61 lett. a e f bis LPGa nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (cfr. DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito del ricorso, le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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