

## **TI\_GERICHTE 32.2023.46 vom 28. März 2023**

TI Tribunale d'appello, 2023-03-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2023.46](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.46)

FR: TI\_GERICHTE 32.2023.46 du 28 mars 2023

IT: TI\_GERICHTE 32.2023.46 del 28 marzo 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto bensì il suo contenuto (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). 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 9C\_337/2023 del 22 agosto 2023, consid. 3.3.2; 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125

V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399 ) 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). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale: TF) ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). Nel 2015 il Tribunale federale ha quindi 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 TF del 14 dicembre 2017). Inoltre, in due sentenze del 30 novembre 2017 (inc. 8C\_841/2016 e 8C\_130/2017), 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, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). In tali due sentenze il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata 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 tale 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 TF 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 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 TF 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 nelle STF 9C\_672/2017 dell'11 luglio 2018 (consid. 3.3.1 e 3.3.2), STF 8C\_6/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 4.1-4.3), STF 8C\_309/2018 del 2 agosto 2018 (consid. 3.2) e STF 9C\_77/2018 dell'8 agosto 2018 (consid. 2.2). Infine, in DTF 145 V 215 il TF ha stabilito che le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. 2.6. Ai fini del presente giudizio giova qui pure ricordare che, per costante giurisprudenza federale, è la decisione impugnata che costituisce il presupposto e il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. STF 8C\_787/2020 del 26 maggio 2021 consid. 2.3.; STF 8C\_542/2019 del 4 dicembre 2019 consid. 4.1.; STF 8C\_784/2016 del 9 marzo 2017 consid. 3.1.; STF 8C\_448/2016 del 6 dicembre 2016 consid. 2; STF 8C\_360/2010 del 30 novembre 2010 consid. 1 e 2; DTF 134 V 418 consid. 5.2.1.; DTF 131 V 164; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81 pag. 294) ed è la data della decisione impugnata che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1. pag. 213; DTF 143 V 409 consid. 2.1. pagg. 411; STF 8C\_590/2018 del 4 luglio 2019; STF 9C\_301/2019 del 26 luglio 2019; STF 8C\_2017/2019 del 5 agosto 2019; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1. pag. 220 con riferimenti). Il giudice delle assicurazioni sociali esamina, pertanto, la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA C 43/00 del 30 settembre 2002; STFA I 490/00 del 3 dicembre 2001; DLA 2000 pag. 74; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). Eccezionalmente, il giudice può però anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263), siano suscettibili di influenzare il giudizio e i diritti procedurali delle parti, in particolare il diritto di essere sentito, siano ossequiati (cfr. STF 8C\_329/2022 del 19 dicembre 2022 consid. 3.3.; STF 9C\_47/2022 del 22 novembre 2022 consid. 5.1.2.; DTF 130 V 138 consid. 2.1.; RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3; STCA 10 gennaio 1996 nella causa G.R. consid. 2.6). (cfr. sul tema, tra le tante, pure le STCA 38.2016.44 del 25 novembre 2016, consid. 2.2; STCA 38.2011.65 del

## **E. 9**

gennaio 2012, consid. 2.7; STCA 32.2020.91 del 9 novembre 2020, consid. 2.8; STCA 35.2018.132 dell'8 aprile 2019, consid. 2.2; STCA 42.2021.42 del 13 settembre 2021, consid. 2.6; STCA 32.2021.1 dell'8 marzo 2021, consid. 2.7.4; STCA 32.2019.10 del 20 gennaio 2020 consid. 2.7; STCA 32.2018.65 del 14 agosto 2019 consid. 2.6). 2.7. In concreto, con scritto dell'8 novembre 2022 la curante dell'insorgente, dr.ssa med.

\_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha informato l'UAI che lo stato di salute dell'assicurato era peggiorato (doc. 160 incarto AI: " ho intensificato la cura di neurolettico Olanzapina a 10 mg al giorno, aggiunto Depakine Chrono 500 mg 0-0-1, e Dormicum 15 mg 1 cp alla notte "). L'amministrazione ha ritenuto assolte le condizioni per entrare nel merito della nuova richiesta di rendita (cfr. annotazione del 29 novembre 2022 del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_: " è giustificato entrare in materia "; pag. 162 incarto AI). Conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 2.3, occorre di conseguenza situarsi al momento in cui l'UAI con decisione 21 giugno 2021, cresciuta incontestata in giudicato, ha rifiutato all'assicurato il diritto a prestazioni AI, poiché presentava un grado

d'invalidità del 17% e, quindi, non pensionabile (cfr. STCA 32.2023.3 del 17 aprile 2023, consid. 2.9.1). In tale occasione l'Ufficio AI ha fatto proprie le conclusioni della perizia del \_\_\_\_\_ del 17 febbraio 2021 (pag. 102 e seguenti incarto AI), redatta dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia e dal dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, i quali avevano posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di episodio depressivo di grado lieve (F32.00) e ritenevano nell'attività abituale "a parte il periodo iniziale da dicembre 2018 all'impostazione della farmacoterapia e della sua azione (stimabile fino ad agosto del 2019 tre mesi dopo la presa a carico), in cui l'assicurato ha presentato una CL massima del 50% (diminuzione del tempo), a partire da settembre 2019 l'assicurato presenti stabilmente una CL del 75% (diminuzione del tempo) a causa del disturbo psichiatrico" (pag. 115 incarto AI). In un'attività adatta "indipendente o dipendente ma dove possa godere di un buon grado di autonomia con ritmi non particolarmente elevati e possibilità di pause, in ambiente non particolarmente richiedente, anche in mansioni di responsabilità ma senza particolari pressioni su tempi e modalità di performance" hanno ritenuto che "l'assicurato potrebbe avere un ulteriore miglioramento della flessibilità e delle competenze e avere una CL lievemente superiore da stimarsi nella misura di un 85% (diminuzione del tempo)" (pag. 115 incarto AI). Tali percentuali sono state confermate nella decisione del 21 giugno 2021, cresciuta incontestata in giudicato (pag. 148 incarto AI). 2.8. Nell'ambito della nuova richiesta di prestazioni, agli atti è stato prodotto il referto dell'8 novembre 2022 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, la quale, dopo aver rammentato che l'insorgente fa capo all'assistenza e che nel rapporto medico del 17 dicembre 2019 aveva già proposto una valutazione ad opera del \_\_\_\_\_ per definire le reali incapacità lavorative a causa della patologia psichica, ha aggiunto che l'interessato non riesce a concentrarsi, è disattento, nervoso ed irrequieto e che ha "intensificato la cura di neurolettico Olanzapina a

## **E. 10**

mg al giorno, aggiunto Depakine Chrono 500 mg 0-0-1, e Dormicum 15 mg 1 cp alla notte" (pag. 160 incarto AI). La specialista ha ritenuto necessaria una valutazione da parte dell'UAI per valutare l'incapacità lavorativa che "attualmente permane al 100%" (pag. 160 incarto AI). Dopo aver deciso di entrare nel merito, l'Ufficio AI ha chiesto alla curante di compilare un nuovo rapporto medico. Il 6 febbraio 2023 la specialista ha indicato di avere in cura l'insorgente dal 14 maggio 2019, di visitare l'insorgente una volta al mese, da ultimo il 2 gennaio 2023, ha attestato una completa inabilità lavorativa dal 18 maggio 2019, ha precisato che il paziente riferisce "confusione, problema di concentrazione e attenzione, sbalzi di umore, isolamento sociale ansia generalizzata, insonnia ribelle" ed ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media senza sindrome biologica ICD 10 F 33.10, indicando una prognosi negativa (pag. 192 e seguenti incarto AI). Il 13 febbraio 2023 il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, ha affermato che la curante "non riporta nuove informazioni oggettive diverse da quanto certificato in agosto 2020 e verificato in perizia del 01.03.2021" (pag. 196 incarto AI). L'insorgente non ha prodotto ulteriore documentazione medica né in sede amministrativa, né con il ricorso. Il 7 agosto 2023 egli ha trasmesso il rapporto di dimissione del 25 luglio 2023 della Clinica \_\_\_\_\_, dove l'insorgente è stato degente dal 22 maggio 2023 al 27 giugno 2023 (doc. D). La dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, unitamente alla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, psichiatra aggiunta e al medico assistente \_\_\_\_\_, hanno posto la diagnosi psichiatrica di disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto (F33.1) e altri disturbi di personalità e forme miste (F61). Si è trattato del primo ricovero in

ambito psichiatrico, volontario e su segnalazione della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, per sintomi ansiosi ed irrequietezza in un quadro depressivo. Nel referto viene riferito che nel “ mese di aprile, in un’occasione, avrebbe presentato idee di morte improvvise, che lo avrebbero molto spaventato, non seguite da agiti e non più presentatesi successivamente. Per questo si rivolgeva alla Dr.ssa \_\_\_\_\_, che in data 12.05.2023 lo segnalava alla nostra struttura per stati ansiosi e irrequietezza. Si accoglieva per le cure del caso in data 22.05.2023 ”. Gli specialisti hanno affermato: “ (...) Durante il ricovero si sono osservati tratti personologici disfunzionali, persistenti nel tempo, e corrispondenti a tendenza all’isolamento, impulsività, umore instabile, scarse capacità di mentalizzazione, evitamento delle attività sociali, tendenza al perfezionismo, compatibili con un disturbo di personalità misto. Durante la degenza, i più intensivi interventi medico-infermieristici sono stati rivolti alla condizione depressiva. Il paziente ha mantenuto un atteggiamento aderente al percorso di cura e adeguato nei confronti del personale curante e dei codegenti. Per quanto concerne il trattamento psicofarmacologico, è stata mantenuta la terapia presente all’ingresso con fluoxetina 20 mg/die, Depakin chrono 1000 mg 1 cp/die, olanzapina 15mg/die. Per favorire il sonno, è stato soppresso Dormicum in favore di Zolpidem, con discreto beneficio. Il paziente ha inoltre assunto Temesta dalla riserva per contenere le quote ansiose. Sono stati svolti regolari colloqui medici, volti alla gestione dell’ansia e al rafforzamento dell’io. Ha svolto regolari colloqui psicologici, volti al rinforzo delle strategie per la modulazione degli stati ansiosi. Sono state prescritte misure fisiorilassanti al fine di contenere le quote ansiose e stemperare la tensione psico-fisica. È stato inoltre prescritto un percorso di ergoterapia, volto al sostegno dell’Io e a favorire una maggiore consapevolezza di malattia, oltre che a sviluppare degli obiettivi da perseguire nella quotidianità e nella strutturazione della giornata. Per quanto concerne la patologia somatica, il paziente ha assunto ibuprofene 400 mg e Dafalgan 1 g per algie al viso, per le quali è stata richiesta consulenza internistica, in cui è stata consigliata la prosecuzione della terapia con antidolorifici e antiinfiammatori. Per comparsa di lesioni cutanee al polpaccio e al piede destro, tenuto conto dei precedenti episodi di erisipela recidivante riferiti dal paziente, è stata richiesta un’altra consulenza internistica, in cui si escludeva l’opportunità di condurre ulteriori indagini o somministrare specifiche terapie. Al termine del ricovero l’umore appariva in stabile miglioramento, l’ansia, sia libera che somatizzata, era nei limiti, il pensiero era corretto per forma e contenuto. Erano assenti idee di morte e/o propositi auto/eterolesivi. Il paziente veniva dimesso al domicilio e rimandato per il follow up.” (doc. D) 2.9. Alla luce della documentazione agli atti, e meglio del referto del 25 luglio 2023 della Clinica \_\_\_\_\_ (doc. D), questo Tribunale non può confermare la decisione dell’Ufficio AI di respingere la richiesta di prestazioni senza effettuare ulteriori approfondimenti medici. È vero che i referti dell’8 novembre 2022 e del 6 febbraio 2023 della curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, non sembrano apportare elementi medici oggettivi tali da far ritenere che una modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata in seguito al peggioramento dello stato di salute dell’assicurato, poiché la specialista si è limitata in gran parte a ribadire quanto già sostenuto nell’ambito della precedente procedura (cfr. pag. 23-26 incarto AI e pag. 86-90 incarto AI; cfr. pag. 88: “ Il paziente tutt’ora è molto nervoso, labile a livello dell’umore tendente al polo negativo, ansioso, preoccupato per il futuro, spesso soffre di mal di testa, non riesce a concentrarsi, lacune di memoria di fissazione, è impulsivo, impaziente ”; pag. 89: “ diminuzione della concentrazione ed attenzione, umore labile ”) e preso in considerazione con la perizia \_\_\_\_\_ del 17 febbraio 2021 (pag. 103 e 104 incarto AI), senza apportare particolari elementi di novità. Tuttavia, rammentato

che la medesima amministrazione ha deciso di entrare nel merito della domanda, non va dimenticato che la curante ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media senza sindrome biologica (ICD 10 F 33.10), mentre i periti il 17 febbraio 2021 avevano accertato un episodio depressivo di grado lieve (F32.00, pag. 112 incarto AI) ed ha modificato la terapia farmacologica aumentando la cura di neurolettico Olanzapina a 10 mg al giorno (in precedenza 5 mg [cfr. pag. 88 incarto AI]) ed aggiungendo Depakine Chrono 500 mg 0-0-1. Ciò non sarebbe ancora sufficiente a far ritenere la necessità di ulteriori accertamenti se non ci fosse stato, poco tempo dopo, un ricovero presso un nosocomio specializzato in ambito psichiatrico su richiesta della dr.ssa med. \_\_\_\_\_.

Nel corso della degenza presso la Clinica \_\_\_\_\_ dal 22 maggio 2023 al 27 giugno 2023, i medici della Clinica \_\_\_\_\_, oltre a confermare la citata diagnosi, hanno nuovamente modificato la terapia, aumentando ulteriormente la dose di medicinali prescritti all'assicurato (Depakine CH 1000 mg 1 volta al giorno [0-0-0-1]; Depakine CH 300 mg 1 volta al giorno [1-0-0-0]; Olanzapina 5 mg 3 volte al giorno [1-0-2-0]) ed evidenziando la presenza di “ deflessione timica, anergia, abulia, anedonia, insonnia, scarso ingaggio nel quotidiano, e moderate quote ansiose talvolta conseguenti a idee di morte passive, egodistoniche ”. Certo, il ricovero è avvenuto successivamente all'emissione della decisione del 23 marzo 2023 che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (cfr. consid. 2.6). Tuttavia la degenza, che avrebbe comunque portato l'Ufficio AI ad aprire un nuovo incarto, trattandola quale nuova domanda (doc. XVI), alla luce della medesima diagnosi posta sia dalla curante che dagli specialisti del nosocomio \_\_\_\_\_, potrebbe essere la conseguenza dell'aggravamento dello stato di salute notificato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ pochi mesi prima, con lo scritto dell'8 novembre 2022 (cfr., su questo aspetto, anche la STF 9C\_1061/2010 del 7 luglio 2011, consid. 8.3). Considerato il poco tempo trascorso tra la segnalazione del peggioramento dello stato di salute da parte della curante ed il ricovero presso la Clinica \_\_\_\_\_, non potendosi escludere, con la necessaria tranquillità, una conseguenza delle mutate condizioni valetudinarie sulla capacità lavorativa del ricorrente nel periodo che ha preceduto l'emanazione della decisione del 23 marzo 2023, si impone il rinvio degli atti all'amministrazione perché proceda con un complemento istruttorio, e meglio l'acquisizione di una perizia psichiatrica di decorso ed emetta un nuovo provvedimento, ciò che rende priva di oggetto la domanda dell'insorgente volta all'allestimento di una perizia giudiziaria. A questo proposito va rammentato che di norma, l'incarto può essere rinviato all'Ufficio AI ( DTF 137 V 210) o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”; cfr. STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”; cfr. STCA 32.2021.13 del 26 aprile 2021; STCA 32.2017.203 del 22 ottobre 2018; STCA 32.2017.129 del 3 aprile 2018) . 2.10.

Secondo l'art. 69 cpv. 1 bis LAI 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 (il rinvio

della causa con esito aperto equivale a piena vittoria [DTF 141 V 281 consid 11.1; STF 8C\_293/2023 del 10 agosto 2023, consid. 7]), le spese per complessivi fr. 500 sono poste a carico dell'UAI, che verserà al ricorrente, patrocinato in causa da un avvocato, le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa), ciò che rende priva di oggetto la domanda di gratuito patrocinio formulata nel ricorso (pro multis: DTF 124 V 301 consid. 6 e STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5).

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