

TI_GERICHTE 32.2023.61 vom 4. Mai 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-05-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.61

FR: TI_GERICHTE 32.2023.61 du 4 mai 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.61 del 4 maggio 2023

Regeste

Perizia pluridisciplinare non individua diagnosi né incapacità lavorative. Dopo progetto di decisione c'è peggioramento psichico che necessita ricovero stazionario. Idem dopo decisione negativa. Visto che anche SMR ha ritenuto dato peggioramento e perizia, rinvio atti per perizia psichiatrica di decorso

Erwägungen

E. 27

novembre 2020 (doc. 43) dell'allora psichiatra curante dell'assicurata, dr.ssa _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha indicato di averla vista per la prima volta nel gennaio 2017, una seconda volta nel 2018 e nuovamente nel febbraio 2020, quando lamentava forte stanchezza cronica, umore depresso e ansia, di avere posto la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2), oltre a quella di sindrome della stanchezza cronica posta da un medico di _____, e di ritenerla totalmente inabile al lavoro (dal settembre 2019 l'inabilità del 100% era stata valutata da terzi), l'11 gennaio 2021 (doc. 45) i dr. med. _____ e _____ del Servizio Medico Regionale hanno ritenuto indicata una valutazione peritale pluridisciplinare (internistica: dr.ssa med. _____; psichiatrica: dr. med. _____; psicologica: _____; reumatologica: dr. med. _____; cardiologica: dr. med. _____; neurologica: dr. med. _____; pneumologica: dr. med. _____; infettivologica: dr.ssa med. _____), affidata aleatoriamente il 28 ottobre 2021 (doc. 53)/12 novembre 2021 (doc. 57) al Servizio Accertamento Medico di _____ e che ha avuto luogo nei primi mesi del 2022 (doc. 107). Nel suo referto peritale del 24 novembre 2022 (doc. 107) il SAM ha riassunto gli atti medici messi a sua disposizione relativi al periodo dal 2011 al 2022, l'anamnesi (familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica), i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, la descrizione della giornata, le terapie in atto e le incongruenze emerse. Il 7 aprile 2022 la dr.ssa med. _____, FMH in medicina interna generale, ha valutato le condizioni di salute dell'assicurata descrivendo nelle constatazioni obiettive lo status, gli esiti degli esami di laboratorio e cardiologici eseguiti il 17 febbraio 2022, degli esami neurologici del 16 febbraio 2022, degli esami pneumologici del 19 aprile 2022 e gli esiti degli esami psicodiagnostici eseguiti il 25 febbraio 2022 dal perito psicologo e psicoterapeuta _____. Prima di elencare le diagnosi, la perita ha osservato che l'asserita stanchezza cronica presente fin dagli anni '90 dopo avere contratto EBV non era coerente con gli impegni professionali e di studio svolti dall'assicurata in quegli anni. L'asserito aumento dei disturbi dopo l'insorgenza dei conflitti sul lavoro e successivo licenziamento sembravano essere maggiormente in relazione a problemi sociali e non valetudinari. La perita ha in seguito ritenuto non esservi diagnosi con influo sulla capacità lavorativa, ma solo senza influo. Dopo la valutazione medica, la consulente del SAM ha

risposto ai quesiti peritali sulla capacità lavorativa dell'assicurata, ritenendola sin da sempre piena, dal profilo internistico, sia nell'attività precedentemente esercitata sia in una attività adeguata, eccetto per i periodi in cui è stata ricoverata. Il rapporto del Servizio Accertamento Medico indica, poi, che la ricorrente è stata valutata da altri specialisti (dal reumatologo il 7 febbraio 2022, dall'infettivologa il 10 febbraio 2022, dal neurologo il 16 febbraio 2022, dal cardiologo il 17 febbraio 2022, dallo psichiatra il 4 e il 28 aprile 2022, dal pneumologo il 19 aprile 2022) e che le conclusioni peritali si fondano su una esauriente discussione tra i medici periti del SAM. Non risultando alcuna incapacità lavorativa in nessun ambito specialistico, non è stata necessaria una teleconferenza. Segue l'esposizione della valutazione globale interdisciplinare contenente un riepilogo del decorso della malattia come pure il riassunto di tutte le valutazioni specialistiche a cui l'assicurata è stata sottoposta dai consulenti del Servizio Accertamento Medico. Dal lato pneumologico, il dr. med. _____, specialista in medicina interna e malattie dell'apparato respiratorio, non ha rilevato patologie con influsso sulla capacità lavorativa, ma solo un'asma bronchiale allergica cronica leggera intermittente e una minima sindrome delle apnee da sonno ostruttive anamnestica, per cui non sussistevano motivi per giustificare un'incapacità lavorativa persistente per lavori fisici da leggeri a medio-pesanti. Una limitazione era teoricamente presente per lavori con esposizione ad agenti irritativi non specifici delle vie respiratorie, mentre non v'era alcuna limitazione per l'attività esercitata da ultimo di case manager in ambito turistico. Le patologie cardiologiche sono state indagate dal dr. med. _____, specialista in medicina interna e cardiologia FMH, e anch'egli non ha posto alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata, mentre quali diagnosi senza influsso ha citato uno stato dopo ablazione per tachicardia parossistica verosimilmente sopraventricolare e leggero prolasso della valvola mitrale. Il perito non ha rilevato cause cardiache alla stanchezza cronica presentata dall'assicurata né mai limitazioni cardiache per nessuna attività, perciò sin da sempre l'abilità lavorativa era del 100% in qualsiasi attività. Il dr. med. _____, specialista in neurologia FMH, ha eseguito un esame elettroencefalografico il 16 febbraio 2022 in occasione del suo consulto specialistico, concludendo per uno stato neurologico assolutamente normale senza deficit indicativi di una lesione delle strutture centrali o periferiche, perciò non ha indicato alcuna diagnosi neurologica con conseguenze sulla capacità lavorativa. Quali diagnosi senza conseguenze ha posto una stanchezza cronica soggettiva con reperti neurologici normali, un disturbo di sensibilità soggettivo alla pianta dei piedi senza reperti neurologici oggettivi corrispondenti, in fase di miglioramento. Dal punto di vista neurologico non v'erano quindi reperti oggettivi che permettevano di trovare una spiegazione ai sintomi della stanchezza cronica lamentati dall'interessata. La capacità lavorativa è sempre quindi stata del 100%. Pure dal profilo infettivologico non sono state evidenziate delle patologie aventi influsso sulla capacità lavorativa dell'interessata. La dr.ssa med. _____, specialista in medicina interna generale e malattie infettive FMH, ha soltanto individuato alcune infezioni che, però, non avevano ripercussioni sulla capacità lavorativa, tanto da giudicarla abile al 100% in qualsiasi attività. La consulente ha riscontrato un'incoerenza sulla sintomatologia invalidante riferita dall'assicurata e il suo vissuto negli ultimi 26 anni, visto che ha comunque ottenuto una laurea universitaria e ha lavorato per quasi 20 anni quasi sempre a tempo pieno. Malgrado questa sintomatologia cronica ci sono stati solo due ricoveri e nessuna terapia riferita ambulatoriale per affrontare il suo problema di salute. A dire della specialista, l'aver contattato direttamente la clinica _____ specializzata nella sindrome della fatica cronica avrebbe portato l'assicurata a focalizzarsi su questa patologia,

rischiando però così di non prendere in considerazione altre diagnosi differenziali. Il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha visitato l'assicurata il 28 aprile 2022 e il 12 maggio 2022 per 56 minuti rispettivamente 32 minuti, non rilevando patologie psichiatriche con influsso sulla capacità lavorativa. Dal profilo soggettivo, l'interessata ha riferito che l'affaticamento cronico la avrebbe annebbiata mentalmente e non sarebbe riuscita a pensare e a concentrarsi, la stanchezza poteva durare da 4 a 10 giorni consecutivi, se camminava o puliva la casa poi il giorno seguente non si sarebbe più mossa. Non avere la forza di fare nulla sarebbe diventato molto frustrante, ci sarebbe stata una continua sensazione di malessere che si sarebbe trasformata in frustrazione e ultimamente si sarebbe sentita un po' depressa, come se fosse ormai inutile vivere. Al perito ha riferito che non sarebbe riuscita più a fare nulla, aveva dei forti dubbi che avrebbe potuto ancora lavorare qualche ora al giorno, seppure la voglia di credere di potere lavorare ci fosse ancora. Non riusciva più a concentrarsi, si sentiva spenta, priva della speranza di potere riprendere il lavoro, anche perché la sua fatica cronica, pur stando a casa e non lavorando, negli ultimi due anni sarebbe peggiorata. Lo specialista non ha rilevato incongruenze, ha esaminato lo status dell'assicurata riscontrando che era vigile, orientata, l'eloquio era spontaneo, con toni della voce normalmente modulati. Nonostante quanto riferito dall'interessata, che era un po' depressa, egli non ha osservato dei segni evidenti di una flessione in senso depressivo del tono dell'umore, non ha osservato una riduzione della concentrazione e dell'attenzione durante i colloqui, la memoria a breve e a lungo termine era conservata, l'assicurata era molto comunicativa, il comportamento adeguato al contesto e denotava una buona stabilità affettiva, non v'erano delle alterazioni della forma e del contenuto del pensiero, l'impulsività era moderata, la percezione era pronta e libera da errore; il riposo notturno riferito era disturbato da risvegli precoci, ma alla visita egli non ha evinto segni di insufficiente riposo generale. Le energie erano riferite ridotte a causa della sindrome da fatica cronica, ma l'energia psichica durante il colloquio era apparentemente adeguata; la progettualità e la capacità di coping erano ridotte, l'appetito era nella norma e l'istinto vitale era conservato. Dai test psicodiagnostici effettuati dallo psicologo _____ il 25 febbraio 2022 è emerso che l'assicurata ha risposto alle domande con sincerità, senza amplificare la sintomatologia. Inoltre, l'assicurata ha risposto in modo pertinente, senza esasperare o minimizzare gli aspetti valutati. In conclusione, l'analisi congiunta dei test somministrati ha rivelato che al momento della valutazione la personalità risultava complessivamente strutturata ed esente da disturbi psichici invalidanti e che poteva essere esclusa una simulazione o una tendenza all'aggravamento della sintomatologia. Il perito ha rilevato che le prese a carico psicoterapiche erano assenti negli anni del peggioramento, ma l'assicurata non ne ha sentito la necessità; inoltre, non erano noti ricoveri psichiatrici. Egli non ha segnalato incoerenze, se non il fatto che l'assicurata si definiva depressa a causa delle conseguenze della sindrome da fatica cronica, ma questo sentimento sembrava piuttosto una condizione di frustrazione, alimentata anche dalla restrizione delle abitudini di vita e dalla sensazione di non essere creduta. Non erano invece visibili segni, diretti o indiretti, di una vera depressione secondo i parametri medico-psichiatrici. Quale diagnosi senza influsso lo psichiatra ha posto una pregressa bulimia nervosa, a quel momento ben controllata. Nel valutare la capacità, il consulente ha indicato che non c'erano limiti psichiatrici oggettivi che potevano essere segnalati ed essi non sono emersi neppure dalla testistica eseguita, che risultava coerente e credibile. Le funzioni psichiche erano tutte conservate, durante i colloqui non si notavano dei segni di obnubilamento mentale, di scarsa efficienza cognitiva e nemmeno delle energie

evidentemente compromesse, come sarebbe nel caso di patologie psichiatriche invalidanti. Egli ha escluso dei motivi psichiatrici alla base della manifestazione sintomatica riferita dall'assicurata della sindrome da fatica cronica, che a suo dire si sarebbe manifestata dopo un'infezione. A titolo abbondanziale, il perito ha segnalato la percezione di inefficacia e inutilità delle cure psichiatriche proposte dopo l'aggravamento della fatica cronica, con delle prese a carico assolutamente blande se non quasi inesistenti e una compliance terapeutica non sempre ottimale. Sulla scorta anche delle conclusioni tratte nel 2020 dall'esperto di fatica cronica, per lo psichiatra mancava quindi qualsiasi base oggettiva che potesse permettere l'inquadramento psichiatrico dei disturbi soggettivi riferiti dall'assicurata e mancava anche una malattia psichiatrica invalidante secondo le classificazioni psicodiagnostiche validate. La capacità lavorativa era dunque totale in qualsiasi attività. Infine, egli ha riscontrato che le risorse psichiche non erano compromesse da alcuna patologia e che lo stato di affaticamento cronico provocherebbe una deplezione delle energie, comprese anche le risorse cognitive. Il dr. med. _____, specialista FMH reumatologia, ha visitato l'assicurata il 28 marzo 2022, rilevando che i disturbi da essa accusati, i deficit funzionali riferiti, non riscontrabili durante l'esame peritale, non si spiegavano con le alterazioni strutturali documentate fino a quel momento. Inoltre, l'assicurata non necessitava di farmaci analgesici per il quadro algico lamentato. Egli ha posto la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di sindrome cervicolombovertebrale in disturbi statici del rachide, ganglio radiocarpico palmare al polso destro, mialgie aspecifiche e decondizionamento e sbilancio muscolare. L'assicurata non presentava limiti nelle sue risorse fisiche ed era abile al lavoro in qualsiasi tipo di attività, perciò l'incapacità lavorativa in corso dal 26 agosto 2019 non era spiegata con patologie riscontrate in ambito reumatologico. Quali diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa il Servizio Accertamento Medico non ne ha dunque indicata alcuna e quali senza influsso ha riportato le diagnosi poste dai singoli periti, rilevando che i consulenti non hanno riscontrato la presenza di patologie determinanti limiti funzionali con ripercussioni sulla capacità lavorativa. Quanto agli aspetti sulla sua personalità, il dr. med. _____ ha indicato che la sua valutazione e quella testistica hanno fatto emergere, oltre alle note lamentele su astenia, anedonia e difficoltà cognitive, i seguenti tratti di personalità che, pur non configurando un disturbo vero e proprio, sono stati riportati per completezza: " probabilmente è introversa, è altresì probabile che abbia fiducia in sé e sia orientata al potere... a livello ideativo ritiene che gli altri cerchino di danneggiarla: probabilmente è isolata, sospettosa, manca di insight a problemi interpersonali a causa della propria diffidenza, incolpando altri delle sue difficoltà ". Quali fattori di stress, i periti hanno evidenziato i problemi economici e l'assenza dal lavoro da tempo, infatti è al beneficio dell'assistenza sociale. Essa presentava comunque ancora buone capacità e risorse. Infine, nel rispondere ai quesiti sulla capacità lavorativa dell'assicurata, gli specialisti che l'hanno peritata hanno giudicato che sia nelle varie attività precedentemente esercitate sia in attività adeguate detta capacità era del 100% da agosto 2019, eccetto le incapacità lavorative del 100% durante i brevi periodi di degenza. Nel rapporto finale del Servizio Medico Regionale del 29 novembre 2022 (doc. 108) il dr. med. _____, specialista in medicina interna generale, ha riconosciuto le diagnosi poste dai periti, ha indicato le limitazioni funzionali (carico massimo di 15 kg, nessuna necessità di necessità di alternanza della postura al bisogno e di pause supplementari, nessuna difficoltà nello svolgere lavori di precisione) e ha stabilito che l'incapacità lavorativa nell'attività abituale di responsabile vendita e in attività adeguate era nulla dall'agosto 2019. Il 30 settembre 2022 (doc. 109) il dr. med.

_____ ha preso posizione su dei referti medici del 2012 relativi a visite al pronto soccorso dell'Ospedale _____ di _____, osservando delle incongruenze diagnostiche degli stessi che confutavano la diagnosi di disturbo bipolare. La recente valutazione non ha riscontrato tratti borderline che potevano inficiare la capacità di lavoro, mentre gli aspetti di personalità rilevanti erano stati riportati in perizia, di cui egli confermava le conclusioni. Al progetto di decisione del 5 dicembre 2022 (doc. 110) con cui l'Ufficio assicurazione invalidità ha negato all'assicurata il diritto a una rendita di invalidità e a provvedimenti professionali stante l'assenza di una perdita di guadagno data da un danno alla salute vista la completa capacità lavorativa, con le osservazioni l'assicurata ha prodotto due rapporti dei suoi medici curanti. Il 13 dicembre 2022 (doc. 116) la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha certificato di avere visitato l'assicurata quel giorno, riscontrando un netto peggioramento dello stato psichico, caratterizzato da colorito dell'umore molto scuro, crisi di pianto, insonnia ribelle e stati di ansia generalizzata, rendendo quindi indispensabile un aumento dell'intervento psicofarmacologico. La dr.ssa med. _____, specialista FMH medicina interna, ha affermato il 21 gennaio 2023 (doc. 116) di avere in cura l'assicurata da dieci anni e di confermare quanto già indicato nel suo precedente rapporto. La curante ha poi rilevato che " Ciò che ora si manifesta in modo molto accentuato è il peggioramento dal profilo psichiatrico, per il quale è regolarmente seguita ora dalla Dr.ssa _____ di _____ dopo il pensionamento della Dr.ssa _____. Dr.ssa _____ che ha per questo ritenuto necessario prevedere a breve un ricovero della signora RI 1 presso il servizio di psichiatria dell'ospedale _____ di _____. Quadro psicofisico che non rende al momento, a mio parere, la paziente abile a nessuna attività professionale. ". Dal 25 gennaio al 27 marzo 2023 l'assicurata è stata ricoverata presso questo nosocomio. L'Ufficio AI ha raccolto la valutazione psicologica del 24 marzo 2023, in cui è stato evidenziato un disturbo depressivo in un'organizzazione di personalità borderline, come pure la lettera d'uscita dal reparto di psichiatria del 27 marzo 2023, in cui sono state poste le diagnosi psichiatriche di disturbo di personalità emotivamente instabile: tipo borderline (ICD-10: F60.31) e di sindrome affettiva NAS (ICD-10: F39) (doc. 128). In quest'ultimo rapporto viene indicato, al capitolo del motivo del ricovero, che il mancato riconoscimento della sofferenza espletata dall'assicurata avrebbe provocato un crollo depressivo caratterizzato da deflessione timica, ansia, labilità emotiva, anedonia, riduzione dello slancio vitale e ritiro sociale. L'esame psichico ha rilevato che la mimica esprimeva sentimenti di ansia e tensione emotiva, la gestualità era ridotta ma congrua allo stato emotivo, l'attenzione, la concentrazione e la memoria risultavano conservate, il tono dell'umore era subdeflesso, l'eloquio fluente e informativo, assenti dispercezioni, slancio vitale conservato, presenti ideazioni suicidali senza progettualità al momento del colloquio in ingresso. All'ammissione si è presentata in buone condizioni generali. Il ricovero stazionario era motivato da uno stato depressivo persistente esacerbatosi a seguito di una domanda di invalidità che era stata negata. Osservata un'instabilità emotiva ed impulsività, nel trattamento farmacologico è stato introdotto un nuovo medicamento che era pure presente alla dimissione, che è avvenuta in stato di buon compenso psichico, con presa a carico ambulatoriale. Questi referti sono stati sottoposti al Servizio Accertamento Medico, che il 28 aprile 2023 (doc. 134) si è allineato alla presa di posizione del dr. _____, suo consulente psichiatra, che due giorni prima si è così espresso al riguardo: " L'assicurata è stata ricoverata su indicazione dei curanti per esacerbazione di una sintomatologia ansioso-depressiva, con l'obiettivo di ristabilire l'equilibrio timico ed effettuare un inquadramento diagnostico dal punto di vista

psichiatrico. Nella valutazione e nel decorso si apprende che l'esacerbazione dei sintomi depressivi è stata secondaria a una domanda di invalidità che le è stata negata. Nel complesso il decorso è favorevole. La signora è progressivamente affidata all'équipe, instaurando complessivamente una buona relazione terapeutica ed anche dei discreti rapporti con i co-degenti. Durante il ricovero la perizianda è stata sottoposta a una valutazione personologica, che ha messo in evidenza un disturbo depressivo, nell'ambito di una organizzazione di personalità borderline. Per la gestione delle pratiche amministrative è stata presa a carico dall'assistente socio-educativa. L'assicurata è stata dimessa il 27 marzo 2023 in uno stato di buono compenso psichico, al punto che nel corso della degenza ha deciso di lasciare l'appartamento in cui viveva in affitto e di trasferirsi a casa del compagno, con conseguente cambiamento delle possibili prestazioni da parte dell'ufficio del sostegno e dell'inserimento sociale. Rispetto a ciò la signora è parsa consapevole del rischio e delle conseguenze delle sue scelte, che ha sostenuto essere state elaborate nel tempo. In merito a quanto osservato, si evince chiaramente che il ricovero è stato motivato dal rifiuto delle prestazioni dell'Assicurazione Invalidità. Nel lungo rapporto si descrive comunque un decorso del tutto favorevole, con superamento della suddetta crisi e con il ripristino di adeguate capacità decisionali e volitive dell'assicurata. Il fatto di delineare un'organizzazione limite (borderline) della struttura della personalità, che fa riferimento a concetti psicodinamici come quelli espressi da autori quali Bergeret, non legittima automaticamente la codifica di un disturbo borderline della personalità clinicamente significativo secondo i manuali diagnostici ICD-10 o DSM-5. In effetti il rapporto stesso della clinica spiega che le disfunzioni comportamentali erano connesse principalmente allo scompenso acuto verificatosi e sono nettamente migliorate una volta che esso è rientrato. Va inoltre sottolineato che anche in ambito peritale era stata condotta una diagnosi di personalità mediante MMPI-2, test che era risultato valido secondo le scale di controllo e che non aveva fornito dei chiari segni per un disturbo di personalità scompensato o clinicamente significativo. Per finire, si confermano nuovamente le conclusioni peritali.". A sua volta, il 2 maggio 2023 (doc. 133) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha affermato che il SAM confermava le conclusioni peritali in assenza di una sostanziale modifica dello stato clinico dell'assicurata. A ciò ha fatto seguito, il 4 maggio 2023 (doc. A2), la decisione dell'Ufficio assicurazione invalidità, che ha confermato integralmente il progetto del 5 dicembre 2022 di rifiuto delle prestazioni anche alla luce della documentazione medica introdotta in fase di audizione, che è stata sottoposta all'SMR, il quale ha confermato le precedenti conclusioni dopo avere interpellato il Servizio Accertamento Medico. Il referto del 30 maggio 2023 (doc. A4) della dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, prodotto con il ricorso, ha dapprima riassunto brevemente l'iter che ha portato alla decisione di rifiuto dell'Ufficio AI. Poi ha rilevato che nel gennaio 2023 ha rivisto l'interessata dopo due anni durante i quali era stata presa a carico dalla collega _____, che ha terminato l'attività a fine anno 2022. A quel momento, dopo la decisione negativa dell'Ufficio AI, non sentendosi riconosciuta nella sua sofferenza, l'assicurata era sprofondata in uno stato depressivo caratterizzato da umore deflesso, apatia, anedonia e pensieri di non voler più vivere, motivo per cui si è resa necessaria una terapia stazionaria dal 25 gennaio al 27 marzo 2023. Durante il ricovero presso l'Ospedale _____ di _____ sono state poste le diagnosi di Disturbo di personalità emotivamente instabile tipo Borderline (ICD-10: F60.31) e di Sindrome affettiva NAS (ICD-10: F39). Dopo la dimissione, il 21 aprile 2023 la psichiatra ha visto l'assicurata, la quale le ha riferito che il miglioramento dello stato clinico subentrato in

clinica era durato molto poco dopo la dimissione. L'umore era deflesso, l'affettività incontinente, continuava a piangere e non sapeva come andare avanti. Al colloquio del 9 maggio 2023 il suo stato era ulteriormente peggiorato; ha riferito, piangendo, di non avere più voglia di vivere né di vedere una via d'uscita. Lo stato psichico era caratterizzato da un umore deflesso, un'ansia importante, un'affettività incontinente, una diminuita energia vitale e da pensieri anticonservativi, perciò ha deciso per un secondo ricovero a _____ dal 16 maggio 2023. Da un colloquio telefonico effettuato quel giorno con la psichiatra del nosocomio risultava che lo stato psichico non aveva subito alcun miglioramento ed era ancora molto compromesso. La dottoressa _____ ha perciò concluso che " attualmente e sicuramente già dal primo ricovero a _____ la signora RI 1 non abbia presentato in nessun momento un'abilità lavorativa anche parziale in quanto erano e sono notevolmente diminuite le caricabilità, la capacità di adeguamento, la resistenza allo stress e la produttività. ". Su questo parere si è pronunciato il 9 giugno 2023 (doc. V/1) il dr. _____, il quale ha affermato che " in considerazione dell'attuale peggioramento certificato ritengo indicato procedere con una valutazione peritale psichiatrica di decorso. ". Pendente causa la ricorrente ha informato il TCA di essersi autodimessa il 12 giugno 2023 dalla struttura di _____ e di essere ricoverata dal 19 giugno 2023 (doc. A7) presso la Clinica _____ di _____ (doc. VII).

2.5. Per costante giurisprudenza (STF 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 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Per quel che concerne il valore probatorio 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; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 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 con rinvii). Per costante giurisprudenza, in un procedimento assicurativo sociale l'amministrazione è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione essa è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (RAMI 1997 U 281, p. 282; DTF 104 V 209; STFA U 259/02 dell'8 luglio 2003, consid. 2.1.1). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto 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 (cfr. anche Pratique VSI 2001 pag. 108 segg.). Il Tribunale federale ha poi precisato nella DTF 135 V 465 che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici interni che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione delle conclusioni contenute in tali rapporti (cfr., fra le ultime, STF 8C_601/2022 del 31 marzo 2023, consid. 6.3.2; STF 8C_252/2022 dell'11 gennaio 2023, consid. 4.1.2; STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2021, consid. 5.1; STF 8C_583/2020 del 4 marzo 2021, consid. 4.1). Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). In seguito (STF 9C_168/2020 del 17 marzo 2020, consid. 3.2; STF 8C_532/2020 del 3 febbraio 2021, consid. 4.1), l'Alta Corte ha ribadito che diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa (art. 44 LPGA) o giudiziaria da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'accertamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag. 470; 125 V 351 consid. 3b/bb pag. 353; DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, 1994, pag. 332). Tali perizie non possono essere messe in dubbio soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva. A tal riguardo occorre ricordare la natura differente del mandato di cura e di perito (fra tante sentenze cfr. 8C_55/2018 del 30 maggio 2018 consid. 6.2 e 8C_820/2016 del 27 settembre 2017 consid. 5.3). Occorre ancora osservare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y

a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" . In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie , la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 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). 2.6. Va ancora rilevato che affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294; D. Cattaneo , "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo , "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in: Le perizie giudiziarie, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann , Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 segg.). Il medico deve inoltre pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri.

Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001). Per quel che concerne l'invalidità psichica, in due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la nuova procedura probatoria illustrata nella DTF 141 V 281 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 ora essere applicata non solo in caso di depressioni da lievi fino a medio-gravi (DTF 143 V 409), ma anche per tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 418). Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi , che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). 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). Nel 2015 il Tribunale federale aveva modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi, la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire attraverso una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata considerando, da un lato, i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale e 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, lo sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza, la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Inoltre, nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale.

Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà, secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori, provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento ai giudizi 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al considerando 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 nella 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). Da ultimo, il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418 anche nelle STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2. 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. 2.7. Nella presente fattispecie, dopo attento esame della documentazione medica agli atti, questo Tribunale non può confermare la decisione dell'Ufficio AI di respingere la richiesta di prestazioni senza effettuare ulteriori approfondimenti medici, come d'altronde indicato dal Servizio Medico Regionale nella sua ultima annotazione del 9 giugno 2023 (doc. V/1) resa pendente causa. Lo stesso dr. _____ del Servizio Medico Regionale ha predisposto nel 2021 una perizia pluridisciplinare, che è stata affidata al Servizio Accertamento Medico. Gli specialisti internista (dr.ssa _____), pneumologo (dr. _____), neurologo (dr. _____), reumatologo (dr. _____), cardiologo (dr. _____), infettivologo (dr.ssa _____) e psichiatra (dr. _____) hanno personalmente visitato l'assicurata nei primi mesi del 2022 e hanno valutato le sue condizioni di salute, prendendo in considerazione i referti resi dai curanti che li hanno preceduti ed effettuando esami laddove ritenuto necessario. I rapporti che ciascun perito ha allestito sono stati integrati nella perizia pluridisciplinare del 24 novembre 2022 del Servizio Accertamento Medico, che ha analizzato lo stato di salute dell'insorgente, dall'anamnesi ai disturbi soggettivi, dalle constatazioni oggettive alle diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa, fino a rispondere alle domande peritali sottoposte loro dall'Ufficio AI per definire la capacità di lavoro in attività abituale e adeguata. I periti, dopo avere discusso insieme i risultati a cui sono giunti, hanno concluso che la valutazione

percentuale della capacità lavorativa globale medico-teorica era del 100% sia per l'attività abituale sia per le attività adeguate, non avendo posto alcuna diagnosi avente conseguenze sulla capacità lavorativa, ma solo delle diagnosi senza influsso. Da parte della dottoressa curante, _____, medicina interna FMH, vi sono agli atti alcuni referti attestanti, sempre, un'inabilità lavorativa totale dell'assicurata sin dall'estate 2019. Nel rapporto medico del 2 settembre 2020 (doc. 36) ella non ha posto una propria diagnosi, ma ha rinviato ai due referti allegati, ossia al rapporto del 20 maggio 2020 del dr. med. _____ della _____ di _____, che ha in particolare diagnosticato una sindrome della stanchezza cronica e a quello del 1° gennaio 2020 del dr. med. _____, FMH medicina interna attivo presso la Clinica _____, che faceva seguito a una degenza di cinque giorni a cavallo della fine dell'anno dovuta a un'astenia marcata e che ha portato alla scoperta della sindrome delle apnee del sonno di grado lieve posizionale. Basandosi sul referto della clinica _____, la curante ha indicato una prognosi sfavorevole sulla capacità lavorativa a causa della cronicità della problematica lamentata e accertata, che rendeva l'assicurata subito affaticabile dopo poche ore di qualsiasi attività. La dr.ssa _____ le aveva perciò consigliato di continuare con la presa a carico psichiatrica con la dr.ssa med. _____ e con la fisioterapia. I referti della dr.ssa _____ (del 27 novembre 2020 e del 30 maggio 2023) non forniscono un quadro clinico completo e dettagliato, ma descrivono soltanto alcune caratteristiche dello stato di salute della ricorrente. Il dr. med. _____ nella sua prima valutazione (pag. 9), ha rilevato che la collega ha visitato l'assicurata solo poche volte nel corso della sua presa a carico: nel 2020, i consulti di persona sarebbero stati nove, mentre quelli telefonici due; nel 2021, le visite di persona sono state due e nel 2023 tre. Diverse sono poi le occasioni in cui la dottoressa ha allestito ricette per farmaci, ma sempre fuori consultazione medica. La terapia ambulatoriale ha avuto inizio il 7 febbraio 2020, con cadenza mensile, per lamentata affaticabilità, umore altalenante spesso deflesso, ansia, stanchezza cronica, a periodi apatia e anedonia, disturbi della concentrazione, che l'ha portata a diagnosticare una sindrome ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2), oltre alla sindrome da fatica cronica diagnosticata da terzi nel 2020, e a ritenere l'assicurata totalmente inabile al lavoro. Dal rapporto del 27 novembre 2020 risulta che la prescrizione farmacologica era di Fluoxetin 20 mg 1-0-0 e Temesta exp. 1 mg in riserva, mentre dall'esposizione della perizia pluridisciplinare del 24 novembre 2022 risulta l'assunzione di 3 pastiglie al giorno di Fluctine e da quella del perito psichiatra di due al giorno. Nel suo secondo rapporto, di una pagina e mezza scarsa, prodotto pendente causa, il 30 maggio 2023 la psichiatra curante ha riferito per un terzo del suo parere dell'iter amministrativo davanti all'Ufficio AI e per i restanti due terzi della sua nuova presa a carico dell'assicurata dal 2023, dopo due anni in cui non è più stata sua paziente. Quest'ultima si era infatti nel frattempo affidata alle cure di una collega fino a fine dicembre 2022. Nel merito delle sue constatazioni, il TCA rileva che, proprio come ha ritenuto il dottor _____ il 26 aprile 2023 nel suo complemento peritale, allorquando si è pronunciato a seguito della degenza di due mesi dell'assicurata nel reparto psichiatrico presso l'Ospedale di _____, la dr.ssa med. _____ ha affermato che non sentendosi riconosciuta dall'Ufficio AI nella sua sofferenza, visto che aveva appena emesso il progetto di decisione con cui le rifiutava le prestazioni, l'assicurata era sprofondata in uno stato depressivo caratterizzato da umore deflesso, apatia, anedonia e pensieri di non voler più vivere. Se, da un lato, come ha concluso il perito psichiatra dopo avere attentamente esaminato la valutazione psicologica e la lettera di uscita, il soggiorno stazionario nella struttura specializzata era dunque chiaramente conseguente alla reiezione della domanda di

invalidità avvenuta il mese precedente, che ha esacerbato i sintomi depressivi - d'altronde, lo stesso rapporto di uscita spiega che le disfunzioni comportamentali avute dall'interessata erano connesse principalmente allo scompenso acuto verificatosi con la negazione della rendita di invalidità e che erano nettamente migliorate una volta che l'evento acuto era rientrato. Il TCA non può però ignorare che comunque vi è stato un ricovero presso un nosocomio specializzato in ambito psichiatrico. In effetti, poco prima di questa degenza, seppure in modo molto succinto, non solo la psichiatra allora curante, dr.ssa med. _____, ha certificato il 13 dicembre 2022 un peggioramento dello stato psichico dell'interessata. Anche la dr.ssa med. _____ ha attestato, il 21 gennaio 2023, che si era manifestato in modo accentuato un peggioramento dal profilo psichiatrico, per il quale l'assicurata era a quel momento seguita dalla dr.ssa med. _____, la quale ha perciò ritenuto necessario, a breve termine, un ricovero presso il servizio di psichiatria dell'Ospedale _____ di _____, che ha poi infatti avuto luogo dal 25 gennaio al 27 marzo 2023. Questa degenza, durata due mesi, ha avuto in un primo tempo decorso favorevole. Essa ha portato al superamento della crisi e al ripristino di adeguate capacità decisionali e volitive, tanto che l'assicurata ha deciso di andare a convivere con il suo compagno e di lasciare il suo appartamento. Il miglioramento dello stato psichico della ricorrente è tuttavia durato ben poco. Il 30 maggio 2023 la psichiatra ha infatti riferito che nei due successivi incontri avuti con la ricorrente una volta dimessa, il 21 aprile 2023 e il 9 maggio 2023 aveva riscontrato umore deflesso, affettività incontinente e pianto continuo. Alla seconda visita, la curante aveva osservato un ulteriore peggioramento dato dal fatto che, piangendo, l'interessata aveva riferito di non avere più voglia di vivere né che vedeva una via di uscita. Inoltre, lo stato psichico era caratterizzato da una diminuita energia vitale e da pensieri anticonservativi. Queste condizioni hanno portato la specialista a decidere per un secondo ricovero a _____, avvenuto il 16 maggio 2023, da cui poi l'interessata si è autodimessa il 12 giugno 2023. La ricorrente si è poi fatta nuovamente ricoverare, il 19 giugno 2023, questa volta presso la Clinica _____ di _____. Il ragguaglio fornito dalla dr.ssa _____ il 30 maggio 2023 indica soltanto che, da un colloquio telefonico avuto quel giorno con la psichiatra curante del nosocomio di _____ presso cui la ricorrente era a quel momento degente, lo stato psichico dell'assicurata non aveva subito alcun miglioramento ed era ancora molto compromesso. Il secondo e il terzo ricovero sono avvenuti successivamente all'emissione della decisione dell'Ufficio AI, che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali. A tal proposito si rammenta infatti che, per costante giurisprudenza, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali chiamato a valutare la legalità della decisione deferitagli è limitato temporalmente alla fattispecie rilevante al momento dell'emanazione di tale decisione (fra le tante: DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii), in concreto dunque il 4 maggio 2023. La giurisprudenza federale ha tuttavia sottolineato che fatti verificatisi ulteriormente possono essere presi in considerazione se permettono un accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (cfr. STF 8C_323/2023, 8C_324/2023, 8C_325/2023 del 17 ottobre 2023; SVR 2003 IV Nr. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b; STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023, consid. 2.9; STCA 32.2023.6 del 21 agosto 2023, consid. 2.6). Ora, nel caso concreto, basandosi proprio sul referto del 30 maggio 2023 della dr.ssa _____, il medico SMR ha ritenuto dato un peggioramento necessitante una valutazione peritale psichiatrica di decorso (doc. V/1). Considerato perciò il poco tempo trascorso tra il riconoscimento del peggioramento dello stato di salute da parte della psichiatra curante e il ricovero presso l'Ospedale di

_____ prima e la Clinica _____ poi, non potendosi escludere, con la necessaria tranquillità, una conseguenza delle mutate condizioni valetudinarie della ricorrente sulla sua capacità lavorativa nel periodo che ha preceduto l'emanazione della decisione del 4 maggio 2023, si impone il rinvio degli atti all'amministrazione affinché proceda con un complemento istruttorio. L'Ufficio AI dovrà quindi acquisire una perizia psichiatrica di decorso - peraltro considerata indicata pendente causa dallo stesso dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale - ed emetta poi un nuovo provvedimento (cfr. STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023, consid. 2.9). Tale perizia permetterà di chiarire la situazione psichica anche retrospettivamente (STF 8C_323/2023 del 17 ottobre 2023). 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") (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") (STCA 32.2023.46 dell'11 settembre 2023; STCA 32.2023.41 del 2 ottobre 2023; STCA 32.2023.18 del 24 luglio 2023; STCA 32.2021.29 del 30 agosto 2021). 2.8. Alla luce delle considerazioni esposte, la decisione impugnata deve essere annullata e il ricorso accolto. 2.9. Il 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGA. L'art. 61 lett. a LPGA prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica, ma non più anche gratuita per le parti. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis LPGA, secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Per l'art. 69 cpv. 1 bis LAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2021 ed applicabile in concreto, 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Vincente (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 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1) e patrocinata in causa, la ricorrente ha diritto a un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca), ciò che rende priva d'oggetto la domanda di gratuito patrocinio formulata nel ricorso e completata nelle more ricorsuali (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.