TI_GERICHTE 32.2023.80 vom 20. Juni 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-06-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2023.80

FR: TI_GERICHTE 32.2023.80 du 20 juin 2023

IT: TI_GERICHTE 32.2023.80 del 20 giugno 2023

Erwägungen

E. 1

e 1bis LAI) e quello della nascita del diritto alla rendita non sono necessariamente identici (se la richiesta è tardiva in base all'art. 29 cpv. 1 LAI), una rendita AI è retta dal nuovo diritto, se il diritto alla medesima nasce il 1° gennaio 2022 o successivamente, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data. Le rendite AI rette dal nuovo diritto sono pertanto le rendite il cui diritto è nato il 1° gennaio 2022 o successivamente conformemente all'articolo 29 capoversi 1 e 2 LAI. Per le decisioni di rendita emanate a partire dal 1° gennaio 2022 valgono le regole seguenti: - in caso di insorgenza dell'invalidità e inizio del diritto alla rendita al più tardi il 31 dicembre 2021: - prima fissazione della rendita → DR in vigore fino al 31 dicembre 2021, - modifica del grado d'invalidità tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2031 → C DT US AI; - in caso di nascita del diritto alla rendita secondo l'art. 29 cpv. 1 e 2 LAI il 1° gennaio 2022 o successivamente: - prima fissazione della rendita → DR in vigore dal 1° gennaio 2022. " Nel caso in esame il ricorrente ha inoltrato una domanda di prestazioni dell'AI nel mese di marzo 2019. L'Ufficio AI ha ritenuto che l'insorgente è stato completamente inabile al lavoro dal 31 ottobre 2018 al 31 agosto 2019, ritenuto che in seguito egli sarebbe inabile al 40% (riduzione del rendimento) e non avrebbe diritto alla rendita poiché il suo grado d'invalidità è inferiore al 40%. In concreto l'eventuale diritto alle prestazioni nascerebbe prima del 31 dicembre 2021. Ne segue che al caso di specie vanno applicate le norme in vigore fino al 31 dicembre 2021, cui si farà riferimento qui di seguito, tranne indicazione in senso contrario. 2.2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Secondo l’art. 8 cpv. 1 LPGA, è considerata invalidità l’incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a pié pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . S econdo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222). 2.3. Nel caso di specie, alla luce delle patologie di cui è affetto il ricorrente, l’Ufficio AI ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare del _____ (internistica: dr. med. _____; psichiatrica: dr. med. _____; reumatologica: dr. med. _____), redatta il 22 dicembre 2020 (pag. 170 e seguenti incarto AI). I periti, dopo aver descritto gli atti, l’anamnesi familiare, personale, professionale, patologica, i disturbi soggettivi e le affezioni attuali, l’anamnesi sistemica, le constatazioni obiettive, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome lombovertebrale con componente spondilogena alla gamba destra, stato dopo sindrome irritativa radicolare deficitaria sensitiva a livello S1 a destra per ernia discale recidiva L5-S1, stato dopo intervento di resequestrectomia L5-S1 a destra in data 8.4.2019 con formazione di importanti alterazioni cicatriziali, stato dopo sequestrectomia L5-S1 nel 2017 e sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2), oltre a numerose diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa, tra le quali tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico di tipo primario nell’ambito di una sindrome ansioso-depressiva attualmente in cura, cervicalgia nell’ambito della diagnosi di una fibromialgia ed in relazione con minime alterazioni di tipo degenerativo soprattutto a livello C5-C6 e obesità con BMI 30 kg/m

E. 2

. In ambito psichiatrico per il dr. med. _____, l'interessato, è abile all'80% in qualsiasi attività, mentre in ambito reumatologico, secondo il dr. med. _____, il ricorrente è completamente inabile nella precedente attività ed abile nella misura del 70% in attività adatte, poiché le patologie reumatologiche comportano delle limitazioni fisiche per quanto concerne la colonna vertebrale in attività non ergonomiche, limitazioni per quanto riguarda i movimenti del tronco, per il mantenimento di posizioni statiche, per la deambulazione e per il sollevamento e trasporto di pesi (limitato a 5-7,5 kg saltuariamente). Globalmente, i periti hanno stabilito che l'insorgente è completamente inabile al lavoro dal 31 ottobre 2018 mentre è abile al 60% in attività adeguata, intesa come riduzione del rendimento sull'arco dell'intera giornata lavorativa dal 1° settembre 2019 (dopo la cura stazionaria eseguita presso la Clinica di _____). Il 7 aprile 2021 l'UAI ha messo in atto una misura di accertamento per la determinazione delle attività ancora esigibili che però non ha potuto essere portata a termine a causa dei dolori che si sono riacutizzati (pag. 253 incarto AI). Il 14 maggio 2021 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha diagnosticato una sindrome depressiva persistente di entità media-grave (ICD10; F32.1) e una sindrome da dolore somatoforme ed ha attestato una completa incapacità lavorativa del ricorrente (pag. 274 e seguenti incarto AI). Chiamati ad esprimersi in merito a questo referto e ad un certificato della dr.ssa med. _____, FMH medicina generale, i periti del _____ hanno confermato le loro conclusioni il 13 agosto 2021 dopo aver ricevuto ulteriore documentazione medica (pag. 348-349 incarto AI). In sede di osservazioni al progetto di decisione, l'insorgente ha prodotto una relazione medica del 16 novembre 2021 del suo curante, dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, che ha attestato una sindrome depressiva persistente di entità medio grave (ICD-10 F33.1) e una sindrome da dolore somatoforme persistente (ICD-10 F45.4) e un referto del 16 novembre 2021 della dr.ssa med. _____, FMH medicina generale (pag. 388 e seguenti incarto AI), mentre l'Ufficio AI ha acquisito ulteriore documentazione medica. In data 12 aprile 2022 i periti del SAM si sono riconfermati nelle loro valutazioni (pag. 452-453 incarto AI). Il dr. med. _____ ha affermato: " (…) In merito alla richiesta del 24.03.2022, osservo che vi è una discrepanza tra la diagnosi posta dal Dr. Med. _____ (sindrome depressiva persistente F34, ciclotimia o distimia) e il codice attribuito F33.1 (che corrisponde invece alla sindrome depressiva ricorrente). L'utilizzo della scala di Hamilton "fotografa" al mese di novembre 2021, la gravità del momento e dunque difficilmente è paragonabile a ciò che è stato valutato nella perizia del mese di luglio 2020. Come avevo ben descritto nella perizia, ritengo che una sindrome da disadattamento si fosse evoluta in una sindrome ansioso depressiva, da me diagnosticata. Non avevo ravvisato criteri né per una F34 né per una F33.1. È possibile che a distanza di 16 mesi la situazione potrebbe essersi modificata, anche se il Dr. _____ non lo evidenzia chiaramente, ma piuttosto descrive la continuità di un quadro clinico diverso da quello da me osservato. Ribadisco comunque che considerato la contraddizione sopradescritta, (discrepanza tra la diagnosi posta dal Dr. Med. _____, ossia sindrome depressiva persistente F34, e il codice da lui attribuito F33.1), non è possibile entrare in merito alle sue osservazioni. Le confermo dunque che le nuove informazioni pervenute, non modificando le conclusioni della mia valutazione del mese di luglio 2020." (pag. 457-468 incarto AI) Il 4 maggio 2022 il ricorrente ha scritto all'UAI rammentando che: " (…) La perita mandatata da _____, con rapporto del 09.11.2019 dopo un colloquio del 31 ottobre 2019 indica "Dato il quadro depressivo reattivo alla problematica fisica, caratterizzato da sconforto, pensieri di inutilità

e di vergogna, idee suicidali, al momento da un punto di vista psichico non è in grado di affrontare un nuovo lavoro.”. Tale rapporto della perita _____ non è però menzionato nella perizia del _____. Precedentemente alla perizia del 22.12.2020 già il medico curante aveva indicato la presenza di una “sindrome da disadattamento con reazione ansioso depressiva in evoluzione verso un franco episodio depressivo di entità medio-grave (ICD-10; F32.1)” (cfr. riassunto nella perizia psichiatrica del 07.09.2020 a pag. 6). Tuttavia, sulla base di visite avvenute il 28 luglio e 12 agosto 2019 (sic! 2020) (cfr. pag. 2 della perizia psichiatrica) il perito psichiatra da voi mandatato aveva scartato la presenza di un episodio o una sindrome depressiva con un’unica frase sbrigativa e soggettiva “ la sintomatologia ansioso depressiva reattiva si è evoluta in un F41.2; non ho infatti rilevato le caratteristiche per un episodio depressivo ”. Nell’ambito delle osservazioni al progetto di decisione avevamo prodotto il rapporto medico del 16.11.2021 dello psichiatra curante di 4 pagine. Con il rapporto del 16.11.2021 e già con il rapporto medico del 28 aprile 2021 (formulario) il medico curante psichiatra ha indicato un’evoluzione sfavorevole (come già preannunciato nel 2019) e la presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente. Una sindrome del dolore cronico era già stata attestata dalla clinica di _____ nella valutazione del 17 settembre 2019. Il perito psichiatra non si è mai determinato su tale problematica. Con rapporto del 06.04.2022 il perito psichiatra indica la presenza di una discrepanza da “sindrome depressiva persistente di entità medio-grave” e il codice attribuito (ICD-10; F33.1). Ora, la ICD-10 al codice F.33.1 prevede il “ Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto. Disturbo caratterizzato da ripetuti episodi di depressione, con episodio di moderata gravità in atto (come in F32.1) e senza alcuna anamnesi positiva per episodi maniacali ” (…) Non si vede pertanto dove sia la discrepanza, essendo che è persistente è per forza di cosa ricorrente (che si ripete). Arbitraria la spiegazione del perito psichiatra che indica che nella ICD-10 sarebbe presente una “sindrome depressiva persistente” catalogata come F34, mentre per il sotto-capitolo F34 si trova l’indicazione ” disturbi persistenti dell’umore [affettivi] Disturbi dell’umore persistenti e di solito fluttuanti, nei quali i singoli episodi per lo più non sono sufficientemente gravi da poter essere descritti come ipomaniacali o depressivi lievi. Dal momento che durano per anni, e qualche volta per la maggior parte della vita adulta del soggetto, essi comportano tuttavia una considerevole sofferenza e disabilità. In alcuni casi, episodi maniacali o depressivi ricorrenti o singoli possono sovrapporsi ad un disturbo affettivo persistente ” (…). Mentre al codice F34 si trova la ciclotimia e al F34 la distimia. Nonostante nella ICD-10 si legga al codice F41.2 “ Sindrome mista ansioso-depressiva. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata quando i sintomi dell’ansia e della depressione sono entrambi presenti, ma né gli uni né gli altri sono chiaramente predominanti, né così accentuati da giustificare una diagnosi se considerati separatamente. Quando sia la sindrome depressiva che quella ansiosa sono tanto gravide da giustificare una diagnosi individuale andrebbe posta diagnosi di entrambi i disturbi e questa categoria non dovrebbe essere usata ”. Il perito non spiega come mai la sintomatologia depressiva presente è sufficiente per la diagnosi di F41.2 ma non per un episodio depressivo da considerarsi separatamente. Il perito ammette che la scala di Hamilton attesta al mese di novembre 2021 la gravità del momento, tuttavia, vista la cosiddetta “discrepanza” e nonostante la scala di Hamilton sia uno strumento oggettivo riconosciuto, il perito psichiatra non entra nel merito del rapporto medico prodotto. Non una parola è spesa sulla sindrome somatoforme da dolore persistente.” (pag. 473-474 incarto AI) Il 10 maggio 2022 il dr. med. _____ ha preso nuovamente posizione sulla fattispecie, rilevando che la diagnosi posta di sindrome

depressiva persistente di entità media-grave corrisponde al codice F33.1 e di conseguenza diventa nulla la frase dove il perito afferma “ ribadisco comunque che considerato la contraddizione sopradescritta, (discrepanza tra la diagnosi posta dal Dr. Med. _____, ossia sindrome depressiva persistente F34, il codice da lui attribuito F33.1), non è possibile entrare in merito alle sue osservazioni ”. Secondo il curante è il perito che si è contraddetto non approfondendo quanto l’ICD-10 scrive (pag. 482-483 incarto AI). Il 20 giugno 2022 il perito, dr. med. _____, ha affermato: " (…) In particolare, confermo la mia diagnosi F41.2, diagnosi posta in quanto sia i sintomi dell’ansia sia quelli della depressione erano presenti, ma di intensità non sufficiente per porre diagnosi separata di F32 o F41. Per ciò che concerne l’evoluzione e l’utilizzo della scala di Hamilton, ribadisco che detta scala, “fotografa” al mese di novembre 2021, la gravità di quel momento e dunque difficilmente è paragonabile a ciò che è stato valutato nella perizia del mese di luglio 2020 (16 mesi di distanza). Come avevo ben descritto nella perizia, ritengo che la sindrome da disadattamento si sia evoluta in una sindrome ansioso depressiva, così come da me evidenziata. Infine, nella discrepanza osservata tra la diagnosi posta dal Dr. Med. _____ (sindrome depressiva persistente F34, ciclotimia o distimia) e il codice attribuito F33.1 (che corrisponde invece alla sindrome depressiva ricorrente), non vi è discussione semantica, ma ovviamente solo clinico-diagnostica. Infatti, per avere una F33, occorre che tra un episodio depressivo e il successivo, siano trascorsi almeno due mesi senza disturbi significativi dell’umore. Ciò rendeva possibile che a distanza di 16 mesi la situazione si fosse modificata, ma il Dr. _____ non lo evidenziava chiaramente, piuttosto descriveva la continuità di un quadro clinico, dunque assai differente da quello da me osservato. Ribadisco comunque che considerato la contraddizione sopradescritta, (discrepanza tra la diagnosi posta dal Dr. Med. _____, ossia sindrome depressiva persistente F34, e il codice da lui attribuito F33.1), non è tutt’ora possibile entrare in merito alle sue osservazioni (quadri clinici diversi nel primo caso e quadri clinici fluttuanti nel secondo caso). Le confermo dunque che ad oggi ancora le nuove informazioni pervenute, non modificano le conclusioni della mia valutazione del mese di settembre 2020.” (pag. 490 – 491 incarto AI) In seguito all’emanazione di un nuovo progetto di decisione il 30 settembre 2022, l’insorgente, oltre a criticare la presa di posizione del _____, ha evidenziato come il dr. med. _____ non si è chinato sulla sindrome somatoforme da dolore persistente e sulla fibromialgia. L’11 novembre 2022 ha poi sostenuto che il dr. med. _____ non figura nella banca dati dei medici che dispongono della certificazione SIM ed ha sollevato motivi di ricusa anche in relazione al suo comportamento che facevano nascere dubbi in merito alla sua imparzialità. Con email del 16 gennaio 2023 il segretariato del _____ ha precisato all’UAI che la valutazione medica psichiatrica richiesta dall’assicuratore malattie _____, del 9 novembre 2019, non è mai stata loro trasmessa (pag. 531). Nel referto la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, visitato l’insorgente il 31 ottobre 2019, dopo aver descritto la situazione attuale, la giornata tipo, l’anamnesi famigliare, scolastica, lavorativa e sociale, somatica e psichiatrica, i disturbi soggettivi, ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata ICD 10 F43.21, ha stabilito che l’interessato al momento soffre di un quadro depressivo reattivo alla patologia fisica che non gli consente di potersi dedicare o prendere in considerazione un’altra attività lavorativa e che la sintomatologia psichica è strettamente connessa al mancato miglioramento della sofferenza lombare dopo l’intervento. Ella ha inoltre precisato che da un punto di vista strettamente psichico a medio termine potrebbe esserci qualche miglioramento nell’accettazione della malattia fisica, si potrebbe rivalutare

il quadro clinico fra due-tre mesi. In un successivo scritto del 9 dicembre 2019 la dr.ssa med. _____ ha poi precisato, tenendo conto della valutazione del dr. med. _____ in ambito reumatologico, di valutare “ la ripresa della capacità lavorativa al 100% dal 15 gennaio 2020, salvo complicazioni ” (pag. 707 incarto AI). Le prestazioni in ambito di assicurazione malattia sono state versate al 100% per due anni fino ad esaurimento delle medesime il 30 ottobre 2020 (cfr. pag. 708 e 709 incarto AI). Non vi sono tuttavia ulteriori atti medici dell’assicuratore malattie successivi alla presa di posizione del 9 dicembre 2019 (cfr. pag. 707 e seguenti incarto AI). Il 27 gennaio 2023 il ricorrente ha prodotto un ulteriore referto del 18 gennaio 2023 del dr. med. _____, il quale, dopo aver citato la presa di posizione del dr. med. _____, ha aggiunto: " (…) L’ICD-10, decima revisione della classificazione internazionale della Sindrome di Disturbi Psichici e Comportamentali, nel capitolo sindrome depressiva ricorrente F.33 così definisce la Sindrome Depressiva Ricorrente. “si tratta di una sindrome caratterizzata da ripetuti episodi di depressione, così come descritti a proposito dell’episodio depressivo di grado lieve (F 32.0), medio (F32.1) o grave (F 32.2 e F 32.3), senza alcuna storia di episodi indipendenti di esaltazione del tono dell’umore o di iperattività che soddisfano i criteri per la mania (F30.1 o F 30.2). Questa categoria va ancora utilizzata se vi è evidenza di brevi episodi di lieve esaltazione del tono dell’umore ed iperattività che soddisfano i criteri per l’ipomania (F 30.0) immediatamente dopo un episodio depressivo (talvolta apparentemente precipitati dal trattamento antidepressivo). L’età di esordio e la gravità, la durata e la frequenza degli episodi depressivi sono tutte molto variabili. Generalmente, il primo episodio si verifica più tardivamente che nel caso della Sindrome Bipolare, con un’età media di insorgenza nella quinta decade. I singoli episodi durano, come nella Sindrome Bipolare, tra i tre e i dodici mesi (durata media di circa sei mesi), ma ricorrono meno frequentemente, Se bene la remissione sia di solito completa tra gli episodi, una minoranza di pazienti può sviluppare una depressione persistente, soprattutto in età avanzata (in questo caso va comunque utilizzata la presente categoria). I singoli episodi, qualunque sia la loro gravità, sono spesso precipitati da eventi di vita stressanti, e in molte culture la frequenza dei singoli episodi che dalla depressione persistente due volte maggiore nelle donne che negli uomini…”. Dall’attenta lettura dell’ICD-10 nel capoverso F33 la diagnosi da me posta viene ampiamente giustificata e supportata. Per tanto quanto scritto dal Dr. _____, né condivisibile. In effetti la diagnosi da me posta è associata all’indice diagnostico adeguato F33 e non all’F34 che invece affronta le sindromi affettive persistenti, ovvero i quadri caratterizzati da un disturbo persistente di solito fluttuante dell’umore, nei quali singoli episodi sono raramente o sono sufficientemente gravi da poter essere descritti come ipomaniacali o come depressivi anche lievi. Pertanto tutta l’analisi effettuata dal Dr. _____ all’interno dello scritto che ha inviato alla _____, perde della sua architettura e della sua struttura. Il Signor RI 1 è stato ricoverato presso la clinica _____ di _____ nel mese di novembre a causa di un peggioramento significativo del suo stato depressivo ed è stato dimesso in questi giorni. Questo episodio è un ulteriore elemento che avvalora le tesi da me esposte.” (pag. 537-538 incarto AI) Il 4 aprile 2023 il dr. med. _____ ha affermato: " (…) La diagnosi di F41.2 da me posta, è motivata dal fatto che, sia i sintomi dell’ansia sia quelli della depressione erano presenti ma di intensità non sufficiente per porre diagnosi separata di F32 o F41. Tali conclusioni si basano sul fatto che non erano evidenziabili le stigmate tipiche della depressione, così come non erano evidenti segni e/o sintomi tipici. Nemmeno erano rilevate dall’anamnesi riferita dal peritando e dalla sua storia passata. Come avevo ben descritto nella perizia, ritengo che

la sindrome da disadattamento (descritta anche dal curante nel 2019 e confermata dalla valutazione di _____ di novembre 2019) si sia evoluta ed è stata infatti evidenziata al momento dell'esame, in una sindrome ansioso depressiva. La continuità del quadro clinico riferita dal peritando depone con verosimiglianza verso una F41.2. Per ciò che concerne la discrepanza osservata tra la diagnosi posta dal Dr. Med. _____ (sindrome depressiva ricorrente F33) e il codice da lui attribuito F34 (che corrisponde invece alla ciclotimia o distimia), ripeto che non è discussione semantica, ma clinico-diagnostica. I codici ICD 10 F34 e F33 codificano due entità nosografiche diverse. Utilizzare le parole "depressione", ma anche "dolore cronico", ecc. significa comunicare con il linguaggio della psicopatologia descrittiva uno "stato" del paziente. Diverso è sovrapporre una parola evocatrice di una diagnosi classificata nell'ICD 10, ad un codice diagnostico. Descrivere dunque uno stato depressivo o un dolore cronico non significa riferirsi in modo scontato ad una F33 o ad una F45.4. Per tale ragione non ho commentato questo aspetto e non posso ancora commentarlo, non avendo ancora chiarito il curante a quale entità nosografica si riferisca, distimia F34.1 o sindrome depressiva ricorrente F33. Probabilmente la poca chiarezza diagnostica rafforza ancor di più la mia valutazione di un'evoluzione verso una F41.2. Infine, negli atti messimi a disposizione del ricovero di _____, non ho trovato da nessuna parte la diagnosi di F45.4; si evince infatti: "trattamento riabilitativo stazionario per ri-educazione funzionale in sindrome del dolore cronico multifattoriale per lombalgia cronica in stato dopo intervento di re-sequestrectomia L5-S1 a ds. in aprile 2019". Di nuovo è altra cosa da Sindrome somatoforme da dolore persistente F45.4, che appunto non ho rilevato al mio esame. Aggiungo, in seguito alla lettera di chiarificazione del Dr. _____, inviatami il 2 febbraio 2023: prendo atto che la diagnosi da lui posta di sindrome depressiva persistente F 33.1, intendeva riferirsi alla sindrome depressiva ricorrente; ribadisco comunque che "persistente" è diverso da "ricorrente" ed è appunto codificato con due entità nosografiche differenti. Confermo dunque che la diagnosi di F 41.2, da me posta, è motivata dal fatto che, sia i sintomi dell'ansia sia quelli della depressione erano presenti, ma di intensità non sufficiente per porre diagnosi separata di F 32 o F 41. Tali conclusioni, come detto in precedenza, si basano sul fatto che non erano evidenziabili le stigmate tipiche della depressione, così come non erano evidenti segni e/o sintomi tipici. Nemmeno erano rilevate dall'anamnesi riferita dal peritando e dalla sua storia passata. Come avevo ben descritto nella perizia, ritengo che la sindrome da disadattamento (descritta anche dal curante nel 2019 e confermata dalla valutazione peritale di _____ di novembre 2019) si sia evoluta ed è stata infatti evidenziata al momento dell'esame, in una sindrome ansioso depressiva. La continuità del quadro clinico riferita dal peritando depone con verosimiglianza verso una F 41.2. Termino, ribadendo che ad oggi non ho elementi sufficienti per modificare le conclusioni della mia valutazione del mese di settembre 2020." (pag. 545-547) 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. 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.

E. 2.8

Alla luce di quanto sopra esposto il ricorso va accolto, la decisione impugnata va annullata e l'incarto rinviato all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti.

E. 2.9

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). 2.10. Per quanto concerne l'ammontare delle ripetibili, l'avv. _____ ha prodotto, in data 11 gennaio 2024, una nota d'onorario di complessivi fr. 4'227,85 (doc. XII/1). Il diritto a ripetibili nella procedura cantonale va giudicato sulla base dell'art. 61 let. g LPGA (cfr., per un caso in ambito LAMal, STF 9C_178/2011 del 20 maggio 2011, consid. 3.1 e STCA 36.2018.6 del 14 settembre 2018, consid. 2.25). Le ripetibili sono stabilite dal Tribunale delle assicurazioni senza tener conto del valore litigioso, ma secondo l'importanza della lite e la complessità del procedimento. Il Giudice deve tener conto della prestazione lavorativa dell'avvocato e del tempo impiegato (cfr. DTF 114 V 83). Il calcolo delle ripetibili è per il resto retto dal diritto cantonale (sentenza 9C_278/2016 del 22 luglio 2016, consid. 4.1). Secondo l'art. 12 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili del 19 dicembre 2007 (RL 178.310), nelle pratiche il cui valore non è determinato o determinabile, le ripetibili sono stabilite in base al tempo di lavoro applicando la tariffa di fr. 280 l'ora per l'avvocato e di fr. 120 l'ora per il praticante; è applicabile per analogia l'art. 11 cpv. 5. Secondo l'art. 13 cpv. 1 del citato regolamento nel caso di manifesta sproporzione tra il valore litigioso e le prestazioni eseguite e l'onorario dovuto in base alla presente tariffa e nel caso in cui le particolarità del caso o gli interessi delle parti in causa lo giustifichino, l'autorità competente può derogare alle disposizioni precedenti. Per l'art. 14 cpv. 1 del medesimo regolamento l'autorità competente determina le ripetibili in base agli atti con un ammontare complessivo che include anche l'imposta sul valore aggiunto. Il cpv. 2 del disposto prevede che può essere presentata una nota d'onorario. In concreto l'avv. _____ ha inoltrato una nota d'onorario di complessivi fr. 4'227,85 per un totale di 14,90 ore a fr. 250 all'ora (fr. 3'725), oltre a spese per fr. 200,60 e l'IVA al 7.7% di fr. 302,27. Nel caso di specie la causa non è particolarmente complessa e la sua importanza è limitata. Viste le caratteristiche della causa e l'impegno profuso dalla legale dell'insorgente, tenuto conto del principio inquisitorio valido nel diritto delle assicurazioni sociali che allevia il lavoro del patrocinatore, il TCA ritiene che un dispendio orario di 14,90 ore esuberi quanto necessario. Alla luce degli importi usualmente riconosciuti da questo Tribunale, al ricorrente, vincente in causa, va riconosciuto un ammontare complessivo di fr. 2'800 (IVA inclusa). Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § La decisione impugnata è annullata e l'incarto rinviato all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti. 2. Le spese di fr. 500 sono poste a carico dell'Ufficio AI che rifonderà al ricorrente fr. 2'800 (IVA inclusa) per ripetibili, ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla

comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente Il segretario di Camera Daniele Cattaneo Gianluca Menghetti

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 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 Winchkler 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 esa me 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. 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. 2.6.1. Per quanto concerne la perizia del _____ del 22 dicembre 2020, che conclude per una completa incapacità lavorativa dal 31 ottobre 2018 al 31 agosto 2019 ed una capacità lavorativa del 60% dal 1° settembre 2019, va preliminarmente evidenziato da una parte che l'insorgente non contesta la valutazione reumatologica del dr. med. _____ e dall'altra che al perito psichiatra dr. med. _____ non può essere rimproverato di essere privo del certificato SIM al momento dell'allestimento del referto poiché secondo la disposizione transitoria della modifica del 3 novembre 2021 dell'OPGA, se è necessario un certificato SIM secondo l'articolo 7m capoverso 2, questo deve essere conseguito entro cinque anni dall'entrata in vigore della citata modifica. 2.6.2. Relativamente al periodo dal mese di gennaio 2020 fino al momento della redazione del referto, questo Tribunale non vede alcun motivo per scostarsi dalle sue conclusioni, ritenuto che non vi sono indizi concreti che possono mettere in dubbio la sua fedefacenza. Il dr. med. _____, FMH in reumatologia, ha infatti tenuto conto della fibromialgia di cui è affetto il ricorrente ed i periti del _____, nell'ambito della loro valutazione globale (cfr. pag. 191 e seguenti incarto AI), l'hanno presa in considerazione e l'hanno inserita tra le diagnosi reumatologiche senza ripercussione sulla capacità lavorativa (pag. 193 incarto AI). Per contro essi non hanno accertato alcuna sindrome somatoforme da dolore persistente (cfr. anche pag. 542, dove il dr. med. _____ evidenzia come neppure in occasione della degenza presso la Clinica di _____ nel 2019 era stata diagnosticata tale patologia, ma solo una sindrome del dolore cronico; cfr. anche rapporto del 17 ottobre 2019 del dr. med. _____ che aveva posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione ansioso-depressiva [F43.22] in evoluzione verso un franco episodio depressivo di entità media-grave [F 32.1]; pag. 118 incarto AI). Ancora recentemente il Tribunale federale ha ribadito con sentenza 9C_435/2022 del 20 giugno 2023, al consid. 5.1 che la diagnosi di fibromialgia è di competenza di un reumatologo , di modo che l'accertamento adeguato è l'allestimento di una perizia interdisciplinare, che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichiatrici (" Si la juridiction cantonale a retenu à juste titre qu'une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, elle a cependant omis de prendre en considération que le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, de sorte que la mesure d'instruction adéquate est alors une expertise interdisciplinaire, tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques (ATF 132 V 65 consid. 4.3) ") Sul tema cfr. anche la sentenza 9C_701/2020 del 6 settembre 2021, dove il TF, su ricorso dell'UAI del Canton Ginevra, ha rinviato la causa al Tribunale cantonale, affermando che " En l'absence d'une appréciation globale interdisciplinaire suffisamment motivée et tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques pour établir de manière objective si l'intimée présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (cf. consid.

E. 4.1

supra), il s'avère nécessaire de faire compléter l'instruction médicale”. In concreto né il perito reumatologo, oltre alla fibromialgia, non invalidante, né il perito psichiatra, hanno rilevato la presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente. Neppure gli specialisti chiamati dall’assicuratore malattie ad esaminare lo stato di salute del ricorrente nel mese di ottobre 2019, dr. med. _____, specialista FMH reumatologia (cfr. pag. 684 e seguenti incarto AI) e dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (pag. 698 e seguenti incarto AI), avevano posto una diagnosi in tal senso. Ne segue che non vi è stata alcuna violazione del diritto di essere sentito del ricorrente in merito agli accertamenti dei periti relativi alla fibromialgia, alla sindrome da dolore persistente ed alla loro incidenza sulla capacità lavorativa dell’assicurato. 2.6.3. Il TCA non può invece condividere la valutazione globale effettuata dai periti del _____ per il periodo dal 1° settembre 2019 al 31 dicembre 2019. Agli atti è infatti stata prodotta anche la valutazione della Dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, del 9 novembre 2019, allestita per conto dell’assicuratore malattie contro la perdita di guadagno, la quale aveva stabilito, dopo aver personalmente visitato l’insorgente il 31 ottobre 2019, che quest’ultimo era incapace al lavoro al 100% a causa di una sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata (ICD 10 F 43.21), allineandosi alla valutazione del curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (pag. 118 incarto AI). La dr.ssa med. _____ aveva inoltre indicato che “ dato il quadro depressivo reattivo alla problematica fisica, caratterizzata da sconforto, pensieri di inutilità e di vergogna, idee suicidali, al momento dal punto di vista psichico non è in grado di affrontare un nuovo lavoro ”. La specialista, il 9 dicembre 2019, ha poi ritenuto possibile una ripresa della capacità lavorativa al 100% dal 15 gennaio 2020, salvo complicazioni. In una sentenza 9C_667/2020 del 29 dicembre 2020, al consid. 3.2 il Tribunale federale, nell’ambito di una causa AI dove occorreva esaminare un referto allestito da un assicuratore malattie contro la perdita di guadagno in ambito LCA, ha rammentato che al momento dell’inoltro di una domanda di prestazioni, l’Ufficio AI non interviene come parte alla procedura ma come organo amministrativo incaricato di applicare la legge. Conformemente al principio del libero apprezzamento delle prove, applicabile in virtù dell’art. 40 PC, in combinazione con gli art. 55 cpv. 1 LPGA e 19 PA, l’Ufficio AI non è vincolato a regole formali, ma deve esaminare in maniera oggettiva tutti i mezzi di prova, quale ne sia la provenienza e poi decidere se i documenti a disposizione permettono di giungere ad un giudizio valido circa il diritto litigioso (DTF 125 V consid. 3). Nel caso di specie al dr. med. _____, che aveva dovuto effettuare una valutazione retrospettiva, non era stato messo a disposizione il referto della dr.ssa med. _____, che aveva confermato la totale incapacità lavorativa del ricorrente in ambito psichiatrico nel corrente dell’autunno 2019 e la possibile completa ripresa dell’attività lavorativa da metà gennaio 2020 sulla base di una visita effettuata proprio in quel periodo. Malgrado ciò il dr. med. _____, nella sua perizia del 7 settembre 2020, aveva indicato, a pag. 15, che l’insorgente sarebbe stato abile al lavoro all’80% “ verosimilmente da gennaio 2020 ” (cfr. pag. 227 incarto AI), ossia una conclusione simile a quella della dr.ssa med. _____, salvo poi, nella valutazione globale, stabilire che l’interessato, completamente inabile al lavoro dal 31 ottobre 2018, sarebbe stato abile al 60% dal 1° settembre 2019 (dopo il ricovero presso la Clinica di _____, come stabilito dal dr. med. _____ nel suo consulto). Tale, apparente, divergenza tra quando indicato nella perizia del 7 settembre 2020 e quanto stabilito nella valutazione globale, alla luce del referto della dr.ssa med. _____ necessita di ulteriori accertamenti. La circostanza che nella presa di posizione del 4 aprile 2023 il perito abbia citato la valutazione dell’assicuratore malattie, non è

sufficiente per confermare la capacità lavorativa del ricorrente nel periodo dal 1° settembre 2019 al 31 dicembre 2019, non essendosi determinato su questo specifico punto, anche perché non richiesto. Su tale aspetto i due periti del _____ devono nuovamente essere interpellati. 2.6.4. Circa la richiesta di ricusa del dr. med. _____ per non aver preso posizione su tutte le affermazioni del dr. med. _____ dopo l'emissione della perizia del _____, va rammentato che conformemente alla giurisprudenza (ripresa in STF I 429/04 del 13 aprile 2006, consid. 2.4), per i periti valgono di principio gli stessi motivi di astensione e di ricusazione previsti per i giudici (DTF 120 V 364 consid. 3a). Di conseguenza, un perito dev'essere considerato parziale in presenza di circostanze atte a fare diffidare della sua imparzialità. La parzialità è uno stato interiore difficilmente dimostrabile. Per ricusare un perito non è pertanto necessario provare che egli sia effettivamente parziale. È sufficiente l'esistenza di elementi che permettano di motivare l'apparente parzialità e il rischio di prevenzione. Nel valutare l'apparenza di parzialità e l'importanza di tali circostanze non ci si può tuttavia basare sulle sensazioni di una parte. La sfiducia nel perito deve piuttosto apparire fondata da un profilo oggettivo (DTF 125 V 353 seg. consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d; VSI 2001 p. 109 seg. consid. 3b/ee; RAMI 1999 no. U 332 pag. 193 consid. 2a/bb con riferimenti). Poco importa dunque che certi atteggiamenti di un magistrato o di un perito possano essere avvertiti dal ricusante come espressioni di parzialità. Decisivo è chiarire se tali impressioni soggettive appaiano anche oggettivamente fondate (DTF 116 Ia 137 consid. 2a e 2b). Considerata la rilevanza che rivestono i rapporti medici nel diritto delle assicurazioni sociali, l'imparzialità del perito deve essere valutata con rigore (DTF 123 V 176 consid. 3d, 120 V 364 consid. 3). Sempre conformemente alla giurisprudenza (esposta nella citata STF I 429/04, consid. 2.5), semplici dissapori tra il giudice, rispettivamente il perito, e una parte non giustificano una ricusa del magistrato, rispettivamente del perito, a meno che denotino una riconoscibile prevenzione (RDAT 1976 pag. 62). Per legittimare una ricusa non basta nemmeno un'antipatia, ancorché dichiarata, ma occorre un'avversione marcata, grave e profonda (Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. I, n. 4.2 all'art. 23 OG). L'avversione non può inoltre risalire troppo in là nel tempo (Alfred Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in: PJA 1999 pag. 570). Chiamato a pronunciarsi, questo Tribunale non condivide la pretesa presunta parzialità ed assenza di indipendenza del dr. med. _____, per non aver commentato tutti gli spetti sollevati dal curante, segnatamente le apparenti divergenze tra diagnosi e codici ICD 10. Anche perché secondo la giurisprudenza federale, per l'assicurazione invalidità non è tanto importante la diagnosi quanto le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Del resto, relativamente al periodo seguente la redazione del referto del _____, è necessario procedere con una perizia di decorso. Infatti il dr. med. _____ ha attestato sin dal 14 maggio 2021 un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente (cfr. pag. 276 incarto AI: " […] dopo una settimana ove il signor RI 1 è rimasto al centro di accertamento professionale, egli non ha più continuato a causa del peggioramento significativo del suo stato psicopatologico e dei dolori. Inoltre egli aveva subito la perdita della figura materna, che aveva peggiorato lo stato clinico "). Lo stesso Dr.

med. _____, nelle sue prese di posizione successive al referto del 16 novembre 2021 del dr. med. _____, ha affermato che l'utilizzo " della scala di Hamilton "fotografa" al mese di novembre 2021, la gravità del momento e dunque difficilmente è paragonabile a ciò che è stato valutato nella perizia del mese di luglio 2020 " e che è " possibile che a distanza di 16 mesi la situazione potrebbe essersi modificata , anche se il Dr. _____ non lo evidenzia chiaramente, ma piuttosto descrive la continuità di un quadro clinico diverso da quello da me osservato " (pag. 457- 458 e pag. 490-491 incarto AI, sottolineature del redattore). Il 18 gennaio 2023 il dr. med. _____ ha poi fatto affermato che l'insorgente " è stato ricoverato presso la clinica _____ di _____ nel mese di novembre a causa di un peggioramento significativo del suo stato depressivo ed è stato dimesso in questo giorni " (pag. 537-538 incarto AI). Rilevato che dopo la redazione della perizia del _____ vi potrebbe essere stato un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente, accertato tramite la scala di Hamilton e non escluso dal dr. med. _____ e che potrebbe aver causato il ricovero dell'insorgente, s'impone l'allestimento di una perizia di decorso che tenga conto anche di quanto affermato dal dr. med. _____ circa la presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente e valuti se e in che misura vi sia stata una modifica dello stato di salute dell'insorgente con influenza sulla sua capacità lavorativa. 2.6.5. Infine, per quanto concerne l'obesità, come rileva l'Ufficio AI in sede di risposta, il perito dr. med. _____ ha ritenuto un'obesità di classe I, ossia la meno severa ed ha accertato che essa non ha alcuna influenza sulla capacità lavorativa. Tale valutazione è stata fatta propria anche dal perito reumatologo e dal perito psichiatra nell'ambito della valutazione globale, dove è stata inserita tra le diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. I curanti ed il ricorrente non hanno apportato indizi concreti che mettano in dubbio l'affidabilità della perizia su questo punto. Tuttavia, ritenuta la necessità di una perizia di decorso, anche l'obesità sarà oggetto di un nuovo esame. 2.6.6. Alla luce di quanto sopra esposto, la decisione impugnata non può essere confermata e l'incarto deve essere rinviato all'Ufficio AI per ulteriori accertamenti. Nello specifico, confermata la completa incapacità lavorativa del ricorrente dal 31 ottobre 2018 al 31 agosto 2019, per il periodo dal 1° settembre 2019 al 31 dicembre 2019 visto il referto della dr.ssa med. _____ del 7 novembre 2019 e del suo scritto del 9 dicembre 2019, nonché del referto del 7 settembre 2020 del dr. med. _____, occorre accertare presso i periti del _____ se viene confermata la capacità lavorativa del 60% in attività confacenti al nuovo stato di salute e per quale motivo. Per il periodo dal 1° gennaio 2020, il grado incapacità lavorativa in attività adatta del 60% va invece confermato. Per il periodo dal 1° gennaio 2021 l'Ufficio AI deve invece far allestire una perizia di decorso, internistica, reumatologica e psichiatrica che tenga in considerazione anche i referti del dr. med. _____ redatti dal 14 maggio 2021 ed esamini anche la questione dell'obesità. 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) . In concreto, essendoci alcune carenze negli accertamenti effettuati ed essendo necessario far allestire una perizia di decorso, l'incarto va rinviato all'Ufficio AI. 2.7. Il ricorrente contesta anche il calcolo del grado d'invalidità. Ritenuta la necessità di rinviare gli atti per ulteriori accertamenti medici, è prematuro esprimersi compiutamente in merito. A proposito del rifiuto dell'amministrazione di applicare il principio del parallelismo dei redditi, il TCA segnala la recente STF 8C_392/2023 del 21 dicembre 2023 e la STF 8C_605/2022 del 29 giugno 2023, pubblicata in SVR 2023 UV n. 47, nella quale il Tribunale federale ha detto che non occorre procedere con il parallelismo inverso se il reddito è superiore alla media. Al consid. 5.2 l'Alta Corte ha affermato che " […] la possibilité d'opérer un parallélisme des revenus a été introduite afin de ne pas défavoriser et éventuellement exclure du cercle des bénéficiaires de rente les personnes dont les revenus avant l'invalidité étaient nettement inférieurs aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et sans que les personnes en question s'en contentent délibérément (sur le parallélisme des revenus cf. notamment ATF 134 V 322). Tel n'est précisément pas le cas de l'intimée et il n'y a aucun motif de pénaliser cette dernière pour tenir compte du fait qu'elle était éventuellement bien mieux rémunérée que la moyenne des salariés actifs dans son domaine de compétence. En outre, si le salaire perçu auprès de l'institution B._____ était (hypothétiquement) justifié par l'expérience ou d'autres qualités ou compétences personnelles de l'intimée, cela ne signifie pas encore qu'elle pourra mettre à profit ces caractéristiques de la même manière dans un nouveau domaine d'activité auprès d'un nouvel employeur. Contrairement à ce que soutient la recourante de manière péremptoire, on ne voit pas que si une personne perçoit un salaire nettement supérieur à la moyenne dans l'activité exercée en bonne santé en raison de ses caractéristiques personnelles, tout indiquerait qu'elle serait également en mesure de réaliser un revenu largement supérieur à la moyenne ensuite de l'événement invalidant ." Circa il concetto di " si sia spontaneamente accontentata " di cui al consid. 7.2, cfr. DTF 134 V 322, consid. 4.1 (" […] sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte […]") e DTF 125 V 146, consid. 5 bb) (" […] Wäre eine versicherte Person gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber ihr Arbeitspensum aus freien Stücken, sei es um mehr Freizeit zu haben, sei es um einer (Weiter-) Ausbildung nachzugehen, oder ist die Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen (BBl 1958 II 1162; LEUZINGER-NAEF, a.a.O., S. 124 f. sowie RUMO-JUNGO, a.a.O., S. 195 unten f.; zur Kausalität und Finalität des Invaliditätsbegriffes im Allgemeinen und zur Bedeutung der sogenannten invaliditätsfremden Faktoren im Besonderen vgl. MEYER-BLASER, a.a.O., S. 14 f. und dortige Hinweise). Folgerichtig hat die Rechtsprechung entschieden, dass unter dem Erwerbseinkommen, das der Versicherte erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre, nach Art. 28 Abs. 2 IVG jenes Einkommen zu verstehen ist, welches er als Gesunder tatsächlich erzielen würde. Ist auf Grund der Umstände des Einzelfalles anzunehmen, dass der Versicherte sich ohne gesundheitliche Beeinträchtigung voraussichtlich dauernd mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügte, so ist darauf abzustellen, auch wenn er an sich besser entlöhnte Erwerbsmöglichkeiten hätte (ZAK 1992 S. 92 Erw. 4a mit Hinweisen; erwähntes Urteil B. vom 19. Mai 1993; vgl. auch RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97) […]") . In tale contesto l'amministrazione dovrà innanzitutto stabilire il motivo (ragioni di salute o altro) alla base della modifica del salario dal 1° marzo 2012 (punto 5.1, pag. 36 incarto AI),

poi risalito nel 2015 a fr. 61’950.

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