

TI_GERICHTE 32.2025.36 vom 4. Juli 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-07-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2025.36

FR: TI_GERICHTE 32.2025.36 du 4 juillet 2025

IT: TI_GERICHTE 32.2025.36 del 4 luglio 2025

Erwägungen

E. 45

S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievordargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” Nella DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell’ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Con le DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF è giunto alla conclusione 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). Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi fino a medio-gravi (cfr., fra le ultime, STF 9C_775/2016 del 2 giugno 2017 consid. 6.2; 8C_650/2016 del 9 marzo 2017 consid. 5.1.3 = SVR 2017 IV Nr. 62; 9C_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3; DTF 140 V 193 consid. 3.3), le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti solo se era dimostrata una “resistenza alle terapie”, condizione necessaria per la concessione di una rendita AI. Con il cambiamento di prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è sapere 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 14 dicembre 2017, in: www.bger.ch) . 2.6. Con decisione dell’8 luglio 2020 l’Ufficio AI aveva respinto la prima domanda di prestazioni dell’assicurato in presenza di un grado AI non pensionabile del 32% (cfr. doc. AI pag. 356). Il provvedimento si era basato, oltre che sulla valutazione delle attestazioni dei curanti, su una perizia pluridisciplinare allestita dal _____ il 6 novembre 2019 (di ordine internistico, neurologico, psichiatrico, pneumologico ed endocrinologico-diabetologico) e il

relativo complemento del 3 luglio 2020, nonché sul rapporto finale del 10 gennaio 2020 del SMR, completato il 7 luglio 2020 (cfr. doc. AI pag. 169segg, 290, 351, 355). In quella sede gli accertamenti avevano permesso di stabilire che l'assicurato era portatore delle diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “ depressione di media gravità ICD 10 F32.1, Sindrome ansiosa parossistica ICD 10 F41.0 ”, diagnosi che comportavano un'inabilità lavorativa del 50% nell'attività abituale e in attività adeguate dal 28 gennaio 2017 (del 100% dall'8 marzo al 7 maggio 2017; doc. AI pag. 292). I periti avevano per contro concluso che le altre diagnosi accertate [“ Gonalgia a livello del ginocchio sin. (...), grave polineuropatia diabetica assonomielinica senso-motorica (...), grave sindrome del tunnel carpale bilaterale, possibile ACOS (forma mista di BPCO e asma bronchiale), tabagismo, rinoconguntivite pollinosa, diabete mellito di tipo 2 NIDDM, noto dal 2006 (...), nota ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, nota colecistolitiasi asintomatica, nota ernia iatale con gastrite antrale ed esofagite, stadio 1, nell'esofagogastroduodenoscopia del 2000, stato dopo intervento per ernia inguinale ds. il 10.10.2017 ”, doc. AI pag. 291] non avevano alcuna ripercussione sull'abilità lavorativa (doc. AI pag. 205). Dal lato economico, sulla base del rapporto del Servizio di integrazione professionale del 12 febbraio 2020, l'amministrazione aveva stabilito un conseguente grado d'invalidità del 32%, insufficiente per il riconoscimento di una rendita (doc. AI pag. 296 e 301). Tale decisione è cresciuta incontestata in giudicato. Mediante provvedimento del 13 dicembre 2022 all'assicurato è stata fornita la garanzia per il versamento dell'importo forfettario di un apparecchio acustico bilaterale (doc. AI pag. 395). Una nuova domanda di prestazioni presentata il 21 giugno 2023 è stata evasa mediante decisione di non entrata nel merito del 26 settembre 2023, non essendo stata resa verosimile una modifica rilevante della situazione medica o economica (doc. AI pag. 439).

2.7. Nel gennaio 2025 l'assicurato ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni, facendo valere un aggravamento dello stato di salute. Nell'allegato scritto del 17 gennaio 2025 la curante dr.ssa _____, medico generico, ha certificato un'inabilità lavorativa completa dal 1° gennaio al 30 giugno 2025 e fatto valere quanto segue: “Vi informo sulle condizioni attuali del sopracitato paziente. Il signor RI 1 è affetto da diabete mellito di tipo II insulino-dipendente dal 2006 con controllo metabolico ad oggi non ottimale, nonostante l'intervento terapeutico dello specialista endocrinologo dr. _____, la cui ultima visita risale alla fine di marzo del corrente anno. In tale sede si riscontrava un ulteriore peggioramento dei profili glicemici che ha richiesto un adeguamento dei dosaggi della terapia insulinica in atto. Il paziente è inoltre noto per cardiopatia, ipertensione arteriosa e dislipidemia in trattamento. L'ultima visita cardiologica, eseguita in data 02.10.2024 non mostra franchi segni di ischemia. Il paziente esegue controlli cardiologici annualmente. A. causa delle sopracitate patologie il paziente ha un profilo di rischio cardio-vascolare elevato. Il paziente è inoltre noto per una BPCO GOLD I su tabagismo cronico con nozione di enfisema parasettale nei segmenti apicali dei lobi superiori, per cui è in attesa di essere convocato per visita di controllo nelle prossime settimane.” (doc. AI pag. 453) La certificazione è stata sottoposta al SMR, il quale, nell'annotazione del 30 gennaio 2025, ha concluso che la stessa non apportava “ nuovi elementi medici che non siano già stati accertati e valutati. Infatti sia il diabete mellito che la BPCO sono state già valutate dalla perizia pluridisciplinare _____ del 06.11.2019 che ha valutato l'A. abile al 50% in qualsiasi attività lavorativa”, ragione per cui non era giustificata l'entrata in materia (doc. AI pag. 472). Davanti al TCA il richiedente ha prodotto diversa nuova documentazione medica, e meglio rapporti del 28 marzo 2025 (doc. A1), 28 marzo 2024 (doc. A2, A23 e A24), 20 novembre 2023 (doc. A21), 23 luglio 2023

(doc. A13, A14 e A15), 13 marzo 2023 (doc. A10) e 29 novembre 2022 (doc. A7-A8) del Servizio di Endocrinologia e Diabetologia _____; rapporti di analisi di esami del sangue del 17 gennaio 2025 (doc. A29), 13 gennaio 2025 (doc. A28), 25 agosto 2023 (doc. A17) e 21 luglio 2023 (doc. A16); un rapporto dell'11 dicembre 2024 (doc. A3) del Servizio di pneumologia _____; un rapporto del 2 ottobre 2024 del dr. _____ (specialista in cardiologia) con allegati referti di esami strumentali del 2 ottobre 2024 e 19 settembre 2023, nonché di una coronografia del 23 ottobre 2020 (doc. A26, A25, A18, A19 e A27); rapporti del 15 dicembre 2023 (doc. A22), 26 settembre 2023 (doc. A20), 18 aprile 2023 (doc. A11) e 3 febbraio 2023 (doc. A9) del dr. _____ (specialista in chirurgia della mano), nonché l'esame elettroencefalografico/elettromiografico del 6 settembre 2022 del dr. _____ (specialista in neurologia, doc. A6); un rapporto dell'11 luglio 2023 (doc. A12) del dr. _____ (specialista in urologia). Ha pure fatto pervenire un rapporto del 14 febbraio 2025 della dr.ssa _____, specialista in psichiatria, del seguente tenore: "Certifico di avere avuto in cura il paziente in oggetto dal mese di ottobre 2023 al mese di marzo 2024 per una: - sindrome da disadattamento, reazione mista ansioso depressiva (ICD 10 F 43.22) Reattiva ad eventi di vita stressanti, che riguardavano la salute fisica, problemi nell'abitazione in cui viveva all'epoca e preoccupazioni economiche. A partire dal mese di marzo riferisce di avere avuto un periodo di soggettivo miglioramento per cui non ha avuto bisogno dei colloqui clinici. Oggi nuovamente si rivolge alla sottoscritta per una riacutizzazione dell'ansia ancora una volta conseguente ad eventi stressanti. Per questo motivo abbiamo concordato di riprendere un percorso terapeutico che prevede colloqui clinici mensili finalizzati al sostegno psicologico nell'affrontare la difficoltà. Come accaduto nel periodo tra il 2023 e il 2024 mi aspetto che questo approccio sia sufficiente a contenere la sintomatologia ansiosa e ad ottenere un migliore compenso psichico." (doc. A5) 2.8. In concreto bisogna concludere che effettivamente l'insorgente, chiamato a rendere verosimile che rispetto all'ultima decisione formale con valutazione del merito dell'8 luglio 2020 (con la decisione del 26 settembre 2023 l'amministrazione non è entrata nel merito della nuova richiesta, doc. AI pag. 439) vi è stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile una modifica della sua situazione valetudinaria tale da incidere sulla capacità lavorativa. In effetti, la nuova domanda si è basata esclusivamente sullo scritto del 17 gennaio 2025 con cui la curante dr.ssa _____, medico generico, ha fatto valere che il paziente era affetto da diabete mellito di tipo II insulino-dipendente dal 2006 (con controllo metabolico ad oggi non ottimale, e un adeguamento dei dosaggi della terapia insulinica in atto), cardiopatia, ipertensione arteriosa e dislipidemia in trattamento, oltre a "una BPCO GOLD I su tabagismo cronico con nozione di enfisema parasettale nei segmenti apicali dei lobi superiori" e una conseguente inabilità dal 1° gennaio al 30 giugno 2025 (doc. AI pag. 453). Ora, come correttamente evidenziato dall'amministrazione, tale scarso certificato non riporta alcun fatto medico nuovo rispettivamente modificazioni significative di fatti noti e già precedentemente valutati. Le diagnosi menzionate dalla curante si riferiscono infatti a affezioni già note all'epoca della perizia pluridisciplinare del 6 novembre 2019 e che erano state adeguatamente valutate nella procedura sfociata nella decisione dell'8 luglio 2020 non solo dal _____, ma anche dal SMR (cfr. i rapporti del 10 gennaio e 7 luglio 2020, doc. AI pag. 290 e 355; cfr. anche al consid. 2.6), e dalle cui conclusioni questo giudice non ha valido motivo per scostarsi. Del resto la curante nemmeno ha addotto se ed eventualmente in che misura le patologie di cui era affetto l'assicurato e che, come detto, erano già state approfonditamente valutate nell'ambito della procedura sfociata nella decisione formale dell'8 luglio 2020, avessero subito un

peggioramento rilevante e se del caso in che misura (doc. AI pag. 453). In effetti, anche il SMR, nell'annotazione del 30 gennaio 2025, ha concluso che la nuova certificazione pervenuta agli atti della dr.ssa _____ non apportava "nuovi elementi medici che non siano già stati accertati e valutati." (doc. AI pag. 472; cfr. al consid. 2.7). Del resto, come con pertinenza osservato dall'amministrazione, in merito ai limiti funzionali, alla pag. 38 della perizia _____ era stato indicato come segue: "La limitazione della capacità lavorativa è determinata prevalentemente dalle patologie in ambito psichiatrico, che hanno portato l'A. a chiudersi in sé stesso e il suo sentimento di essere pervaso dalla tristezza della morte della moglie, senza la quale la sua esistenza gli sembra essere desolatamente priva di significato, sulla base di ciò, sia dal lato psicologico, che da quello delle capacità cognitive, le risorse dell'A. appaiono alquanto limitate, comportando una riduzione del rendimento lavorativo sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Il nostro consulente in reumatologia non ritiene che vi siano patologie d'entità tale al ginocchio sin. da portare a delle limitazioni funzionali. Secondo il consulente in neurologia, la polineuropatia non comporta ancora deficit funzionali rilevanti e non determina nemmeno un'incapacità lavorativa. Dal punto di vista pneumologico, vi è una capacità lavorativa piena nell'attività da ultimo esercitata, come pure in un'attività adeguate, sussiste una teorica non idoneità per lavori con esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie (fumi, polveri, sostanze irritanti). Dal punto di vista diabetologico, vi è una capacità lavorativa piena sia nell'attività da ultimo esercitata che in un'attività adeguata. A prescindere dalle valutazioni allegare in ambito reumatologico, neurologico, pneumologico, endocrinologico diabetologico e psichiatrico, le altre diagnosi internistiche non comportano una limitazione della capacità lavorativa." (doc. AI pag. 206) In sintesi, a mente dei periti l'assicurato era stato ritenuto abile nella misura del 50% in attività prevalentemente sedentarie (che non implicino il camminare per lunghi periodi, salire e scendere le scale ed inginocchiarsi), leggere e senza l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie (fumi, polveri, sostanze irritanti; doc. AI pag. 207). Quanto poi al fatto che il controllo del diabete non fosse ottimale, come osservato dalla curante, va ricordato che in merito alla compliance nella cura della patologia diabetica, al pt. 8.2 della perizia specialistica per il _____ eseguita dal dr. _____ il 18 aprile 2019 (e ulteriormente nel complemento peritale del _____ del 3 luglio 2020, doc. AI pag. 351) era stato osservato: "(...) Il diabete, in particolare con una compliance dietetica solo subottimale, ha sempre anche un rischio quanto eventuali ipoglicemie. Di conseguenza dovrebbe essere sempre possibile una scansione del flash glucose monitoring o un autocontrollo glicemico in qualsiasi momento, come anche una correzione di eventuali ipoglicemie tramite assunzione o del zucchero o di altri alimenti. Rimane sempre indispensabile una dieta diabetica, che non permette tralascio di pasti principali e di conseguenza sono richieste dei turni regolari di lavoro, senza turni notturni. È richiesto un controllo/seguito regolare dal medico diabetologo, ed anche oftalmologo, obbligo che però non limita la capacità di rendimento lavorativo in nessuna maniera." (doc. AI pag. 265) Resta infine da precisare che anche le altre diagnosi menzionate dalla curante erano già note al momento _____ perizia _____, ove si rilevi che fra le diagnosi elencate dal SAM (tuttavia senza ripercussioni sulla capacità lavorativa) vi erano anche l'ipertensione arteriosa e una possibile ACOS (forma mista di lieve BPCO su tabagismo attivo e di lieve asma bronchiale; cfr. doc. AI pag. 205; cfr. al consid. 2.6). Tale documento non permette dunque nemmeno di ipotizzare l'intervento di un cambiamento rilevante delle circostanze di fatto rispetto a quanto accertato e deciso nell'ambito della precedente procedura, sfociata nel provvedimento (cresciuto incontestato giudicato e per questo vincolante) dell'8 luglio

2020, nel quale, sulla base della menzionata perizia pluridisciplinare, le condizioni dell'assicurato erano state attentamente valutate per poi giungere alla conclusione di un'inabilità lavorativa del 50% dal gennaio 2017 (fatta eccezione per un periodo di inabilità completa dall'8 marzo al 7 maggio 2017). Tali conclusioni risultano in questa sede vincolanti. Sia peraltro sottolineato che la citata certificazione del curante è l'unico atto medico presentato in occasione della nuova domanda di prestazioni, l'assicurato non avendo prodotto documentazione medica nemmeno nei 30 giorni assegnatigli dall'amministrazione per formulare osservazioni e per produrre eventuali mezzi di prova al progetto di decisione del 30 gennaio 2025 (doc. AI pag. 470). Non può del resto essere seguito il ricorrente laddove sostiene di aver prodotto già in occasione della sua domanda di prestazioni la documentazione allegata in questa sede (doc. A1-A29), tale allegazione, che non trova riscontro nell'incarto prodotto dall'amministrazione, non essendo stata in alcun modo comprovata. In conclusione non avendo l'assicurato reso validamente verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, la non entrata in materia sancita con quest'ultima merita conferma. 2.9. Solo dopo l'emanazione della decisione impugnata, e meglio in questa sede, quindi tardivamente, l'assicurato ha prodotto nuovi atti medici. Ora, secondo la giurisprudenza, nell'ambito di una procedura giudiziaria di non entrata in materia le prove addotte solo in sede di ricorso non possono essere prese in considerazione in quanto tardive. Infatti, con sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 il TF ha confermato che, nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, l'assicurato già nella nuova richiesta deve rendere verosimile che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni o deve perlomeno far riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione atti a rendere verosimile l'asserita modifica. In questo secondo caso l'amministrazione deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda (DTF 130 V 69 consid. 5.2). Atti prodotti in sede di ricorso sono invece, di massima, tardivi e da considerare nell'ambito di una nuova domanda (STF 8C_457/2012 del 9 luglio 2012, consid. 3.2). Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un assicurato al quale, con sentenza 6 gennaio 2005, era stato riconosciuto il diritto a una mezza rendita dal 1° marzo 2004 e che il 19 febbraio 2008 aveva inoltrato una nuova domanda, respinta dall'amministrazione il 19 maggio 2008 perché non aveva reso verosimile nessuna modifica rilevante per il diritto alle prestazioni. Il TF ha giudicato corretto l'agire del tribunale cantonale che non aveva preso in considerazione un certificato medico 31 gennaio 2008 prodotto dall'assicurato solo in sede di ricorso, considerato come l'interessato non avesse prodotto certificati medici attuali né con la domanda di revisione del febbraio 2008, né nel termine assegnatogli dall'amministrazione, cosicché non era stata sufficientemente comprovata una modifica delle circostanze di fatto successiva all'ultimo esame materiale dei suoi diritti avvenuto nel gennaio 2005. Mediante la pronuncia I 734/05 dell'8 marzo 2006, citata nella succitata pronuncia del 15 aprile 2010 (cfr. anche STF 8C_196/2008 del 5 giugno 2008), il TF aveva accolto un ricorso di un Ufficio AI che si era lamentato del fatto che un tribunale cantonale aveva preso in considerazione un certificato medico prodotto solo in sede di ricorso. L'Alta Corte ha rammentato che se nella nuova domanda non viene reso verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, ciò non porta in tutti i casi all'obbligo per l'amministrazione di fissare un termine all'assicurato per rendere verosimile la modifica. Il termine va assegnato unicamente laddove l'assicurato non rende verosimile la modifica

rilevante per il diritto alle prestazioni, ma rinvia a mezzi di prova supplementari, in particolare atti medici, che intende trasmettere in un secondo tempo o che chiede all'amministrazione di acquisire d'ufficio. Se, per contro, viene inoltrata una nuova domanda senza rinvio a mezzi di prova supplementari, l'amministrazione deve decidere sulla base della domanda e degli atti ivi prodotti. Nello spirito della normativa di cui all'art. 87 cpv. 3 OAI, mezzi di prova che datano successivamente alla decisione di non entrata in materia devono essere sempre prodotti nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni rispettivamente di revisione. Nella fattispecie, la documentazione prodotta dall'assicurato con il ricorso e, quindi, tardivamente, non può di conseguenza modificare l'esito della presente vertenza. Sia detto in via abbondanziale che l'amministrazione ha in ogni modo fatto giustamente rilevare che le certificazioni prodotte (fatta eccezione per quella del 14 febbraio 2025 della dr.ssa _____, psichiatra curante) non sembrano comunque apportare nuovi elementi medici che non siano già stati valutati in occasione della perizia _____ e della decisione dell'8 luglio 2020. In effetti, nel rapporto dell'11 dicembre 2024 del Servizio di pneumologia _____ (doc. A3) si conclude che le funzioni polmonari dell'assicurato sono normali; in quello del 2 ottobre 2024 del dr. _____ (doc. A26) si evince che il test ergometrico e l'ecocardiocolordoppler non hanno mostrato segni patologici, ma che permane un rischio cardiovascolare intermedio e per questa ragione si rende necessario un controllo a cadenza annuale. Relativamente al quadro psichiatrico, l'Ufficio AI ha per contro osservato che dalla certificazione della dr.ssa _____ del 14 febbraio 2025 sembra emergere un possibile peggioramento (doc. A4 e A5). Secondo il dr. _____ del SMR (cfr. l'annotazione del 17 aprile 2025, doc. V/1), tale peggioramento giustifica un'entrata in materia. L'Ufficio AI ha quindi concluso postulando la conferma della decisione di non entrata nel merito e la retrocessione della nuova documentazione medica prodotta. Essa verrà considerata quale nuova domanda di prestazioni, nell'ambito della quale saranno quindi effettuati i necessari nuovi accertamenti, i quali verteranno sulla sfera psichiatrica ma " si estenderanno anche allo stato di salute somatico dell'assicurato qualora fosse ritenuto necessario dopo aggiornamento del dossier medico " (V). Ne discende che, considerata la certificazione della psichiatra curante, visto anche quanto proposto dall'amministrazione in sede di risposta, la documentazione prodotta dal ricorrente va trasmessa all'Ufficio AI affinché la esamini alla stregua di una nuova domanda di prestazioni e, esperiti i necessari accertamenti, renda un provvedimento in merito al diritto dell'assicurato a prestazioni. 2.10. In conclusione, la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. La richiesta dell'insorgente di pagare a rate eventuali spese (" Io ricevo dall'ufficio sostegno sociale e dell'inserimento fr. 649.45. Per questo motivo chiedo gentilmente vostre spese pagando a rate ", I), nella misura in cui si riferisce all'anticipo spese, s'appalesa inconferente, non essendo stato chiesto alcun anticipo spese. Un'eventuale rateizzazione del pagamento delle spese di procedura potrà se del caso essere concordata, dopo la crescita in giudicato della presente pronuncia, con l'Ufficio dell'incasso e delle pene alternative dopo aver ricevuto la relativa fattura.

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