

## **TI\_GERICHTE 32.2011.100 vom 10. Februar 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-02-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2011.100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.100)

FR: TI\_GERICHTE 32.2011.100 du 10 février 2011

IT: TI\_GERICHTE 32.2011.100 del 10 febbraio 2011

### **Regeste**

Revisione. Perizia giudiziaria, le cui conclusioni sono condivise dal TCA. L'assicurata ha diritto ad una mezza rendita. Decisione di soppressione della rendita annullata

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.4. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti

che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

2.5. Nell'evenienza concreta l'assicurata, con la decisione del 5 novembre 2009, è stata posta al beneficio di un quarto di rendita d'invalidità sulla base della valutazione pluridisciplinare SAM del 29 ottobre 2007. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr. \_\_\_\_\_) e quella gastroenterologica (Dr. \_\_\_\_\_). Nel rapporto dell'11 agosto 2007 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo aver esposto l'anamnesi della paziente e lo status psichico ha posto la diagnosi di "Sindrome depressiva ricorrente,

episodio attuale medio (ICD 10-F33.1). Sindrome di dipendenza da sostanze oppioidi (ICD 10-F11.22) con trattamento metadonico sostitutivo ” (doc. AI 22-15) e indicato una capacità lavorativa del 40% (doc. AI 22/15-17). Nel rapporto del 12 settembre 2007 il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e gastroenterologia, dopo aver esposto l’anamnesi della paziente, le affezioni attuali, i disturbi soggettivi, lo stato clinico e gli esami, ha posto la diagnosi gastroenterologica di “ Epatite C cronica, genotipo non noto, senza segni di importante fibrosi o cirrosi epatica nella sonografia addominale. Lieve splenomegalia di eziologia non nota (assenza di trombopenia). Lieve malattia di reflusso acido GERD. ” (doc. AI 22-21). Secondo il Dr. \_\_\_\_\_, dal punto di vista gastroenterologico, non si giustifica una limitazione della capacità lavorativa (doc. AI 22-21) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 29 ottobre 2007 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d’accertamento, hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “ Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale medio (ICD 10-F33.1). Sindrome di dipendenza da sostanze oppioidi (ICD 10-F11.22) con trattamento metadonico sostitutivo ” (doc. AI 22-8). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurata abile al lavoro nella misura del 60% sia nell’attività da ultimo svolta di venditrice che in attività adeguate e casalinga (doc. AI 22-12/13). In sede di revisione della rendita del mese di luglio 2010, l’UAI ha affidato al Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS) il mandato di esperire una perizia psichiatrica (doc. AI 46-1). Il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel referto dell’11 novembre 2010, dopo aver esposto l’anamnesi della paziente, i dati soggettivi, quelli oggettivi e la terapia psichiatrica, hanno posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di “ Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD10; F33.0) ” e indicato che sulla capacità lavorativa dell’assicurata incide solo la sindrome depressiva ricorrente che giustifica un’inabilità del 40% fino al momento del ricovero in \_\_\_\_\_ avvenuto il mese di ottobre 2009. Durante tutto il periodo di degenza l’inabilità lavorativa risulta del 100% ma dal momento della dimissione l’assicurata viene ritenuta abile al lavoro nella misura del 75% (doc. AI 49/5-7) In considerazione delle conclusioni dei medici curanti divergenti sia per quanto riguarda la diagnosi che la valutazione della capacità lavorativa dell’assicurata [(cfr. a tal proposito gli scritti del 4 gennaio 2011 della Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico capo clinica in psichiatria della \_\_\_\_\_ (doc. AI 58-4) e del Dr. \_\_\_\_\_, medico psichiatra aggiunto e della Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico assistente del Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ (doc. AI 58-6, 61-2), nonché le repliche dei periti del CPAS (doc. AI 63-1)], in data 24 ottobre 2011 il TCA ha ritenuto indispensabile ai fini del giudizio far capo ad un perito. Questa Corte ha ordinato una perizia medica a cura della Dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. XIV). Nel rapporto del 26 marzo 2012 la Dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo aver riassunto gli atti, esposto l’anamnesi, i dati soggettivi e l’esame psichiatrico, ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4. Diagnosi psichiatrica con ripercussione sulla capacità lavorativa: - sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (ICD 10: F33.1) - disturbo di personalità misto emotivamente instabile/dipendente (ICD-10: F60.31-F60.7) senza ripercussione sulla capacità lavorativa: - sindrome di dipendenza da sostanze psicoattive multiple attualmente in regime di mantenimento controllato (ICD-10: F19.22) 5. Discussione Si tratta di una paziente che presenta un disagio psico-sociale evidente a esordio adolescenziale come riconosciuto sia dagli psichiatri curanti che dagli psichiatri periti. Sulle diagnosi di cui la p.

è portatrice (problema depressivo ricorrente, disturbo della personalità, tossicodipendenza) vi è pure concordanza fra periti e curanti, con la sola eccezione del disturbo della personalità non menzionato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nella perizia S.A.M. La diversità di vedute che ha portato al mandato peritale attuale riguarda essenzialmente l'entità dei disturbi presentati dalla p., il loro evolversi nel tempo e la percentuale d'inabilità lavorativa per motivi psichiatrici che essi determinano. Di seguito ogni diagnosi verrà discussa singolarmente e infine verrà data una valutazione relativa al quadro clinico nel suo complesso.

1) **Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (ICD 10: F33.1).** La Sindrome depressiva ricorrente è una patologia psichiatrica che presenta un tipico andamento fasico dell'intensità della sintomatologia e dunque dell'inabilità lavorativa ad essa correlata. Dall'agosto 2007 ad oggi sono documentabili gradi sintomatologici (secondo i criteri ICD-10) che vanno da medio (perizia SAM) a grave (rapporto d'uscita della Clinica \_\_\_\_\_) a lieve (perizia CPAS). Le visite da me effettuate dimostrano un grado medio della sintomatologia depressiva attuale, accompagnata dal riaccutizzarsi di una sintomatologia ossessivo-compulsiva non dichiarata dalla p. ma indicata dalle lesioni alle mani, probabili esiti dei rituali di pulizia. Nel caso della p. non sono note fasi di remissione della sintomatologia depressiva che resta florida in modo persistente pur variando quantitativamente. La valutazione dell'incapacità lavorativa causata da questa patologia non può prescindere dall'evoluzione temporale considerata complessivamente e degno di nota è il fatto che il ricovero di più di quattro mesi in Clinica \_\_\_\_\_ sia avvenuto per sintomi gravi accompagnati da una disorganizzazione personale e comportamentale non nota in precedenza, nonché da sintomi ossessivo-compulsivi. Sulla sola fase di miglioramento descritta nella perizia CPAS a mio parere non si può fondare in modo esauriente la percentuale di inabilità lavorativa che deriva da questa malattia ricorrente.

2) **Disturbo di personalità misto emotivamente instabile - dipendente (ICD10: F60.31).** I disturbi di personalità si riferiscono a organizzazioni patologiche relativamente stabili che in genere esordiscono nell'adolescenza e che comprendono diversi gradi di disfunzionamento e sofferenza personale, sociale e/o lavorativa. Questi disturbi non necessariamente implicano un'incapacità lavorativa che va valutata caso per caso, prendendo in considerazione diversi fattori fra cui per esempio intelligenza cognitiva, grado di compromissione della funzione di mentalizzazione, patologie psichiatriche concomitanti, formazione, motivazione personale, eventi sfavorevoli di vita ecc. Nel caso specifico della p. sono evidenti sia la difficoltà cognitiva, che quella di mentalizzazione e la tendenza alle reazioni a corto-circuito. Difficoltà relazionali con aspetti di dipendenza e regressione risultano sia dal test psicologico eseguito che dall'esame clinico e indicano una componente dipendente che si associa a quella emotivamente instabile del disturbo. La grave difficoltà nel mantenimento della continuità e la bassa tolleranza alle frustrazioni e all'angoscia complicano il quadro e rendono molto difficoltoso da un lato l'accesso e la costanza (compliance) nella terapia della depressione e dall'altro la limitazione e/o l'astinenza dal consumo di sostanze psicoattive.

3) **Sindrome di dipendenza da sostanze psicoattive multiple attualmente in regime di mantenimento controllato (ICD-10: F19.22).** La p. abusa di droghe e benzodiazepine fin dalla prima adolescenza con tutte le difficoltà bio-psico-sociali legate alla tossicodipendenza. Non sono note fino ad oggi fasi di astinenza dall'abuso; una massiccia terapia di mantenimento controllato sia per quanto riguarda gli oppiacei (Metadone) che per quanto riguarda le benzodiazepine (prescritte a tuttoggi in modo permanente alla dose massima consentita) permette nell'ottica della riduzione del danno di mantenere un certo equilibrio, pur non escludendo ricadute nell'abuso (almeno una

documentata dalla curante del Servizio Psicosociale descritta nel rapporto del 04.01.11 e altre si possono presumere) che assume in parte una funzione di automedicazione. La continua dipendenza e abuso di sostanze psicoattive ha di per sé causato un peggioramento del funzionamento globale della p. di cui si terrà conto più avanti nella valutazione della percentuale dell'incapacità lavorativa globale. In conclusione le tre condizioni patologiche discusse separatamente nel dettaglio concorrono a definire un quadro psicopatologico complesso (come già evidenziato dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nella perizia SAM) con possibili fasi di ulteriore peggioramento complessivo (come anche ammesso dal Dr. med. \_\_\_\_\_ nella perizia CPAS) e limitate possibilità di cura. In particolare le difficoltà di critica, compliance, mentalizzazione, di gestione delle frustrazioni relazionali ecc. rendono difficoltoso instaurare una terapia psichiatrica continua e adeguata alla patologia depressiva le cui ricadute favoriscono l'abuso di sostanze a scopo automedicante. Attualmente il sostegno familiare, del medico di famiglia, della farmacia, del Servizio Psicosociale contribuiscono a mantenere un certo equilibrio con prognosi peraltro incerta per l'evoluzione della malattia e negativa per ripresa della capacità lavorativa oltre la percentuale medico-teorica valutata più avanti. L'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici è documentabile alle percentuali rispettivamente in ogni attività del: - 40% da gennaio 2002 al 21.10.2009 (vedi perizia SAM) - 100% dal 22.10.2009 al 26.02.2010 (vedi ricovero in \_\_\_\_\_) - 50% dal 27.02.2010 a tutt'oggi e per tempo indeterminabile. (...)" (Doc. XXIII. pag. 10-12) Il perito ha quindi risposto ai quesiti peritali delle parti: "(...) A. PROPOSTI DALLA PARTE CONVENUTA 1. Di quali affezioni soffre l'assicurata? Da quando? In particolare, quali sono le diagnosi con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa? Vedi dati clinici - punto 4. 2. Quali sono gli impedimenti ed in quale percentuale incidono sulla capacità lavorativa dell'assicurata nella sua attività abituale di venditrice? Oscillazioni importanti del tono dell'umore, faticabilità, anedonia, difficoltà di concentrazione, incostanza comportamentale, difficoltà relazionali con tendenza alla dipendenza e alla regressione, bassa tolleranza allo stress e alla frustrazione, deficit di mentalizzazione e critica sono i principali presenti in modo costante. In fase acuta possono essere presenti oltre all'accentuazione quantitativa della sintomatologia sopradescritta anche disorganizzazione comportamentale e sintomi ossessivo-compulsivi. Alla luce del decorso, della presa in esame delle conseguenze della tossicodipendenza, della documentazione esaminata, delle notizie acquisite, dell'esame eseguito è possibile documentare un'incapacità lavorativa medicoteorica del 50% dalla dimissione dalla \_\_\_\_\_, a tutt'oggi e per tempo indeterminabile così come attestato dagli psichiatri curanti. 3. Dal profilo medico l'assicurata può svolgere altre attività adeguate? Se sì, ad esempio quali? In che misura? Con quali limiti funzionali? L'incapacità lavorativa riguarda ogni attività compresa quella casalinga. 4. Concorda il perito con la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ del CPAS dell'08.11.2010 per quanto riguarda le diagnosi e il loro influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata? In caso negativo, indicare con precisione i punti che non vengono condivisi e per quali motivi. Per quanto riguarda gli aspetti discordanti rimando al punto 5 - dati clinici e in particolare alla valutazione del decorso della Sindrome Depressiva e al ruolo del Disturbo di personalità. 4. Come valuta il perito l'evoluzione dell'incapacità lavorativa (in %) nell'attività abituale di venditrice e in altre attività adeguate dal 22.10.2009 (data del ricovero presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) ad oggi. Vedi punto 5 - Dati clinici e quesiti 2. 3. 5. Il danno alla salute è suscettibile di miglioramento o di peggioramento? Suscettibile di peggioramento. 6. Altre osservazioni? /// B. PROPOSTI DALLA PARTE ATTRICE 1. Diagnosi 1.1

Indichi la perita le diagnosi di cui è affetta l'assicurata. Vedi dati clinici - punto 4. 1.2. Dica la perita se conferma le diagnosi espresse dal Dr. \_\_\_\_\_ e dal Dr. \_\_\_\_\_. In caso negativo, sempre che non lo abbia già fatto rispondendo al quesito 1.1., indichi per quali motivi. 1.3. Le patologie riscontrate dai periti possono essere valutate in modo corretto nell'ambito di un singolo colloquio effettuato dal Dr. \_\_\_\_\_ in data 08.11.2010 o necessitano, per la loro particolarità e in considerazione dell'anamnesi di accertamenti più approfonditi? Vedi discussione (dati clinici - punto 5) e in particolare le mie osservazioni relativamente alla capacità lavorativa in caso di una Sindrome Depressiva Ricorrente. Inoltre per quanto attiene il ruolo patogenetico del Disturbo di personalità, la sola valutazione di "compenso" non argomentata a mio parere non è sufficiente. In generale, in alcuni casi specie quando vi è concordanza fra quanto osservato e la documentazione raccolta), una singola visita può essere sufficiente se accompagnata da un'accurata anamnesi e contatto con i medici curanti della p. per verificare funzionamento a domicilio, piano di cura, risorse, limiti e decorso. In questo caso particolare ho personalmente rivisto la p. dopo un mese per confermare evoluzione e diagnosi. A mio parere sarebbe stata opportuna un'ulteriore visita peritale a distanza di qualche settimana dalla prima effettuata dal Dr. med. \_\_\_\_\_ per chiarire i motivi della discordanza di valutazione con i medici curanti. 1.4. Dica la perita se conferma le diagnosi espresse dal Servizio psico-sociale di \_\_\_\_\_ in data 04.01.2011. In caso negativo, sempre che non lo abbia già fatto rispondendo al quesito 1.1, indichi per quali motivi. Sì, vedi dati clinici punti 4 e 5. 1.5. Dica la perita da quando esistono queste diagnosi e indichi la loro evoluzione dall'insorgenza ad oggi. Le patologie hanno avuto esordio dall'adolescenza con peggioramento documentabile a partire dal 2002. 1.5.1 Nel caso vi sia stato un peggioramento rilevante, indichi la perita quali fattori ne sono stati la causa e da quando. Sono documentabili un primo peggioramento in concomitanza con i lutti ripetuti vissuti dalla p., secondo peggioramento in concomitanza con il lungo ricovero in \_\_\_\_\_. Un ulteriore peggioramento è stato evidenziato nella presente perizia rispetto all'esame del CPAS. 1.5.2 Nel caso vi sia stato un miglioramento rilevante, indichi la perita in che cosa consista, da quando è riscontrabile e se si può supporre che perduri. Miglioramento dopo la dimissione dalla \_\_\_\_\_ documentato dalla perizia CPAS che non è perdurato nel tempo (vedi presente perizia). 1.6. Dica la perita se conferma le diagnosi espresse dalla Dr. \_\_\_\_\_ alla dimissione della \_\_\_\_\_ il 26.02.2010. In caso negativo sempre che non lo abbia già fatto rispondendo al quesito 1.5., indichi per quali motivi. Vedi dati clinici punti 4 e 5. 2. Conseguenze sulla capacità di lavoro 2.1. Indichi la perita se l'assicurata, a causa delle diagnosi riscontrate, presenta un'incapacità lavorativa nella sua abituale attività e, in caso affermativo, in che misura. 40% dal 2002 al 21.10.2009 (vedi perizia SAM). 100% dal 22.10.2009 al 26.02.2010 (vedi ricovero \_\_\_\_\_). 50% dal 27.02.1010 (vedi dimissione \_\_\_\_\_ a tutt'oggi e per tempo indeterminabile). 2.2. Indichi la perita, se del caso, da quando esiste un'incapacità lavorativa e la sua evoluzione dall'insorgenza ad oggi. Vedi punto 2.1 e dati clinici punto 5. 3. Conseguenze sulla capacità di integrazione 3.1. Indichi la perita se è possibile effettuare provvedimenti di integrazione. No. A causa della complessità del quadro clinico aggravato dalla tossicodipendenza con ricadute nell'abuso. 3.2. Dica la perita in quali attività potrebbe essere reintegrata e in che misura. ///. 4. Prognosi 4.1. In considerazione delle diagnosi espresse e dell'anamnesi familiare, sociale, professionale e patologica ponga la perita una prognosi quanto a un reinserimento sociale e professionale. La prognosi in ragione di tutto quanto descritto fin qui non è buona con una strategia

terapeutica che fino ad oggi può essere orientata unicamente verso una limitazione del danno. Utile secondo me è una rivalutazione periodica da parte dell'Ufficio A.I. del decorso e dell'evoluzione in collaborazione con i medici curanti (la prima a un anno dalla presente valutazione peritale)." (Doc. XXIII, pag. 13-16) 2.6. 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 (cfr. RAMI 1991 pag. 311). 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; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza I 128/98 del 24 gennaio 2000, pubblicata in Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il Tribunale federale delle assicurazioni ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (cfr. STF 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009). In caso di perizia medico giudiziaria, il giudice - di principio - non si scosta, senza ragioni imperative dalle conclusioni del perito medico, il cui compito è proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (cfr. STF 8C\_524/2008 del 2 aprile 2009 e STF 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009). Ragioni che possono indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa pag. 352 e sentenze ivi citate; 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). Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso che egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (cfr. STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (cfr. STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: " Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen "). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni specialisti o a servizi specializzati indipendenti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di

un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...) L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)” Infine, va ricordato che 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, STF I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA I 673/00 dell'8 ottobre 2002 consid. 3.3). Non si può tuttavia pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze precisando qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b; STF 8C\_103/2008 del 7 gennaio 2009). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (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, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito 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, un rifiuto di una rendita 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Chiamato a pronunciarsi, nella presente fattispecie il TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuta nella propria perizia medico-giudiziaria la Dr.ssa \_\_\_\_\_, dopo avere preso in considerazione tutte le patologie di cui è affetta l'assicurata. Nella perizia giudiziaria del 26

marzo 2012 la Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha diagnosticato una “ Sindrome depressiva ricorrente, Episodio attuale di gravità media (ICD-10:F33.1). Disturbo di personalità misto emotivamente instabile/dipendente (ICD-10: F60.31-F60.7) ” e indicato un’inabilità lavorativa del 40% da gennaio 2002 al 21 ottobre 2009, al 100% dal 22 ottobre 2009 al 26 febbraio 2010 e al 50% dal 27 febbraio 2010 a tempo indeterminabile (doc. XXIII+bis, pag. 13). In sede di osservazioni le parti hanno peraltro entrambe totalmente aderito alle conclusioni della perita (cfr. doc. XXIX, XXXI). 2.8. Appurato che la ricorrente conserva una capacità lavorativa residua del 50% nella sua attività di venditrice e altre attività, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 50% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che l’incapacità lucrativa della ricorrente ammonta al 50% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008). Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un’assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l’Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Alla luce di quanto appena esposto occorre dunque ribadire che, nel caso concreto, la ricorrente presenta un grado d’invalidità del 50% ed ha diritto ad una mezza rendita a far tempo dal 1° luglio 2010, giusta l’a rt. 88bis lett. b OAI che prevede l’aumento della rendita al più presto a partire dal mese in cui è stata prevista la revisione se questa ha luogo d’ufficio. 2.9. In data 21 marzo 2011 l’assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell’assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). Visto l’esito favorevole del ricorso, l’assicurata, patrocinata dalla RA 1, ha diritto al versamento da parte dell’Ufficio AI di fr. 1’800.-- a titolo di ripetibili. La costante giurisprudenza federale ha stabilito che l’assegnazione di ripetibili rende priva d’oggetto l’istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STFA U 164/02 del

## **E. 9**

aprile 2003 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.). 2.10. Secondo l’art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l’esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 1’000.-- sono poste a carico dell’Ufficio AI.