

TI_GERICHTE 32.2011.229 vom 15. November 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-11-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.229

FR: TI_GERICHTE 32.2011.229 du 15 novembre 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2011.229 del 15 novembre 2012

Regeste

Soppressione della rendita in via di riconsiderazione con effetto retroattivo. Restituzione di prestazioni

Erwägungen

E. 31

luglio 2010. Riguardo ai motivi addotti a giustificazione della restituzione l'amministrazione – dopo aver rilevato che “(...) avendo volontariamente omesso d'informare l'amministrazione in merito alle attività lavorative svolte la signora RI 1 ha violato gravemente ed intenzionalmente il dovere di informazione al quale era soggetta in qualità di assicurata beneficiaria di prestazioni AI. Già questa violazione giustifica la richiesta di soppressione di rendita con effetto retroattivo (...)” (doc. A punto 11 inc. 32.2012.147) e ritenute le risultanze degli approfondimenti medici esperiti in sede di audizione nonché i procedimenti penali pendenti – ha concluso che “(...) considerata l'evidente violazione dell'obbligo di informazione (svolgimento di attività lavorative non segnalate all'Ufficio AI), ritenuta la situazione valetudinaria compatibile con una capacità lavorativa totale, osservato il grave illecito rilevato in ambito penale (cfr. atto di accusa citato), l'amministrazione conferma la soppressione del diritto a rendita con effetto retroattivo dal 1° agosto 2003 (...)” (doc. A punto 13 inc. 32.2012.147). Pacifico è che la soppressione della rendita non è giustificata sulla base dell'art. 17 LPGGA (in merito alla revisione ex art. 17 LPGGA cfr.: DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b), poiché lo stato di salute dell'assicurata non è migliorato dal novembre 2007 né è dato ritenere esserci stata una modifica della situazione invalidante per altri motivi. Il dr. _____, nella perizia del 29 agosto 2011 (doc. AI 332/1-27 inc. 32.2012.147), ha in particolare evidenziato che “(...) per ciò che concerne il periodo precedente alla nostra prima perizia psichiatrica nel mese di novembre 2007, non abbiamo i dati oggettivi necessari per poter decidere quale fosse il reale livello di compromissione della capacità funzionale della signora RI 1. In assenza di un'osservazione diretta, oppure di prove concrete che la signora abbia lavorato negli anni compresi tra il 2003 ed il 2007, ci troviamo a dover considerare come attendibili i rapporti forniti dall'SPS di _____. Certamente l'elevata capacità di manipolazione che si è attualmente palesata, solleva dei sospetti più che legittimi anche su quegli anni. Tuttavia mancano i dati clinici e le prove oggettive per potersi discostare dall'opinione espressa dalla Dr.ssa _____ nel 2003 e ribadita ancora dalla stessa dottoressa in giugno 2007. Altro tipo di giudizio va invece riservato ai periodi successivi al novembre 2007. [...] È doveroso dunque, sulla base dei nuovi elementi, rivedere il giudizio espresso sin dal 2007, con la prima perizia effettuata dal Dr. _____. In via prudenziale il perito che, pur evidenziava un “miglioramento dello slancio vitale, che si concretizza nelle risorse che

riesce ad investire per occuparsi dei figli”, confermava ancora un’inabilità lavorativa almeno del 70%. Alla luce dei nuovi fatti questa prudenza non può più essere confermata. Il miglioramento intuito dal perito andava quindi, già allora, ben oltre quello che l’assicurata lasciava volontariamente trasparire in sede di perizia. D’altra parte, a conferma di ciò, mentre in passato risultavano dei ricoveri psichiatrici, dal 2006 l’assicurata non è più stata ospedalizzata per il problema depressivo. A posteriori, visto e ponderato tutto quello che è emerso, risulta quindi altamente verosimile che fin dal novembre 2007 l’assicurata potesse già essere considerata teoricamente abile al lavoro almeno all’80%, anche per l’attività di infermiera. (...)” (doc. AI 332/15 e 332/19 inc. 32.2012.147, la sottolineatura è del redattore). Occorre quindi esaminare se la decisione 13 maggio 2005 con cui le è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera (grado d’invalidità 100%) a far tempo dal 1. agosto 2003 (cfr. consid. 1.1) rispettivamente la comunicazione 19 novembre 2007 con la quale è stato confermato il diritto ad una rendita intera (grado d’invalidità 70%) (cfr. consid. 1.3), devono o possono essere riviste alla luce di quanto prescritto all’art. 53 LPGGA (cfr. consid. 2.5). 2.5. L’art. 53 LPGGA prevede che: " 1 Le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l’assicurato o l’assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. 2 L’assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. 3 L’assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all’invio del suo preavviso all’autorità di ricorso. " I principi relativi alla riconsiderazione e alla revisione processuale sviluppati dalla giurisprudenza precedentemente alla LPGGA, sono stati concretizzati all’art. 53 LPGGA (DTF 133 V 50, consid. 4.1, pag. 52; STFA K 147/03 del 12 marzo 2004, consid. 5.3 in fine; STFA U 149/03 del 22 marzo 2004, consid. 1.2.; STFA I 133/04 dell’8 febbraio 2005, consid. 1.2). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l’amministrazione può in ogni tempo riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un’importanza rilevante (STFA I 512/05 del 3 maggio 2006, consid. 3 e riferimenti confermata nella STF I 832/05 del 25 aprile 2007). Questi principi si applicano anche quando delle prestazioni sono state accordate senza una decisione formale e che il loro versamento ha comunque acquisito forza di cosa giudicata (STF C 128/06 del 10 maggio 2007, DTF 129 V 110 consid. 1.1). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti). Mediante la riconsiderazione, si corregge un’errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un’errata constatazione derivante dall’apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid. 2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (STF 9C_181/2010 del 12 agosto 2010, consid. 3 con riferimenti). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l’irregolarità

deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (STF 9C_961/2011 del 1. giugno 2012 consid. 3.2 con riferimenti , vedi inoltre STF 9C_457/2008 del 3 febbraio 2009, consid. 4.2.1 con riferimento alla STF 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008, consid. 3.1). 2.6. Nel caso concreto dagli atti risulta che – dopo aver emesso la “(...) Decisione provvisoria con sospensione della rendita (artt. 55 cpv. 1 LPGA e 56 PA) (...)” (doc. AI 262/1-3 inc. 32.2012.147) – l'Ufficio AI, con lettera 8 aprile 2011, ha comunicato all'assicurata la necessità di procedere ad un ulteriore accertamento medico presso il CPAS (doc. AI 264/1-2 inc. 32.2012.147). Il dr. _____, direttore del CPAS e FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia 29 agosto 2011 (doc. AI 332/1-27 inc. 32.2012.147) – dopo aver esposto nel dettaglio l'anamnesi, proceduto ad una ricostruzione degli atti, assunto informazioni da terzi e descritto i dati soggettivi nonché quelli oggettivi corredati dai risultati dei test – ha posto la seguente diagnosi: “(...) 5.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro Nessuna. 5.2 Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro F 43.25: sindrome da disadattamento con disturbo delle emozioni e della condotta – F 60.8: disturbo di personalità narcisistico (...)” (doc. AI 332/12 inc. 32.2012.147). Il perito, quali elementi sui quali ha fondato la convinzione clinica di un'attitudine manipolatoria, ha indicato: “ (...) Un primo dato significativo si trova nelle affermazioni della psichiatra curante, la quale mi ha confermato telefonicamente di essersi confrontata anche con la psicologa dottoressa _____. Entrambe, dopo aver visto che la loro paziente ha ripreso l'attività professionale di infermiera, hanno concluso di essersi sentite "usate" dalla Signora RI 1 per l'ottenimento dei suoi obiettivi. La psichiatra trae questa sua conclusione dal fatto che, dal mese di aprile 2011, la paziente non abbia più preso ulteriori appuntamenti, nonostante ella dichiarasse ancora un forte turbamento emotivo. Ipotizza che la paziente abbia interrotto la presa a carico perché è venuto meno il vantaggio che questa le garantiva. Altrettanto interessante è poi il profilo psicologico che emerge dai due test effettuati dalla psicologa dottoressa _____, che è ampiamente compatibile con un disturbo di personalità narcisistico. Secondo il manuale diagnostico DSM-IV, queste personalità sono caratterizzate, tra gli altri aspetti, dai seguenti tratti: (pt.5) "la sensazione che tutto sia loro dovuto, cioè, la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative" e (pt.6) lo sfruttamento interpersonale, cioè, approfittarsi degli altri per i propri scopi". La modalità manipolatoria trova ulteriore conferma nella spiegazione incredibile che la signora RI 1 adduce davanti al perito, per cercare di giustificare tutti i documenti assicurativi che avrebbe firmato di suo pugno, oltre ai presunti certificati falsi che le verrebbero imputati. Con il perito dichiara di essere andata avanti a firmare, per molti anni, dei documenti dei quali non avrebbe mai compreso la natura. In più ammette che le arrivassero dei soldi sul conto, dei quali non avrebbe però mai compreso la provenienza. Secondo la versione che continua a raccontarmi, avrebbe fatto tutto questo essendo stata forzata, attraverso minacce di morte per sé stessa e per le sue figlie, da un gruppo di malviventi-usurai _____. Avrebbe firmato questi documenti solo per paura delle ripercussioni, ignorandone totalmente il contenuto. Allo stesso modo avrebbe sempre prelevato i soldi che giungevano sul suo conto senza fare domande e senza comprendere quale fosse la loro provenienza, consegnandoli direttamente nelle mani dei

malviventi-usurai. Non avrebbe quindi mai beneficiato in alcun modo di tali soldi, pur assumendosi in seguito la responsabilità del fatto. Mi racconta di essersi assunta, in sede di indagine, tutte le responsabilità per quei documenti, perché questo le sarebbe stato raccomandato dal suo avvocato, perché si trovava sotto le "enormi" pressioni psicologiche esercitate dalle autorità e "per poter tornare a casa e rivedere le mie figlie e non essere trattenuta in stato di fermo" - dice. Premesso che non ho assolutamente le competenze per giudicare dove stia la verità in tutta questa storia che mi è stata spontaneamente raccontata e considerato che sarà solo il dibattimento giudiziario ad appurare la realtà dei fatti, tuttavia non posso esimermi da fare delle osservazioni di ordine tecnico-psichiatrico, che sono fondamentali per il nostro lavoro, in quanto vanno ad avvalorare l'ipotesi della elevata capacità manipolatoria della signora RI 1. La prima osservazione riguarda la mancanza di congruenza psico-comportamentale tra la gravità dei fatti che la signora racconta e la totale assenza di sue esternazioni, sia dentro al rapporto psicoterapeutico, sia nel rapporto con le autorità. Nonostante tutte le angherie che l'assicurata avrebbe subito per quasi 10 anni, ella non ha mai cercato un aiuto discreto nelle autorità e nemmeno un conforto presso qualche associazione per la lotta contro l'usura. Se pensiamo alla minaccia permanente per la sua vita e per quella della sua intera famiglia, che la signora dice di aver subito per diversi anni, stupisce ancor di più la totale assenza di prove cliniche presso i curanti circa simili preoccupazioni. Lavorando in ambito sanitario, l'assicurata sa bene che un medico è tenuto al segreto; quindi, almeno con la psichiatra curante, avrebbe potuto sfogare liberamente tutte le sue inquietudini, se queste vi fossero state. Invece durante tutto l'arco della terapia psichiatrica e psicoterapica, la paziente non ha mai confidato preoccupazioni di alcun tipo, circa minacce di malviventi, documenti che veniva costretta a firmare e soldi di provenienza occulta. È evidente quindi la sproporzione tra le minacce che dichiara di aver subito ed il fatto che ella non ne abbia mai parlato, nemmeno una sola volta, con la psichiatra curante, salvo aver poi tirato fuori anche con lei l'argomento degli usurai, in maniera straordinariamente disinvolta, dopo essere stata messa sotto accusa per truffa. Dal punto di vista psicologico non si capisce perché, all'epoca della firma dei documenti assicurativi, l'assicurata non potesse parlare di nulla, nemmeno con la sua psichiatra, temendo gravi vendette da parte dei malavitosi, mentre oggi ella stia narrando ovunque e senza farsi grossi problemi questa storia, non temendo più alcun tipo di vendetta contro di sé o contro le proprie figlie. Appare inoltre oltremodo inverosimile che l'assicurata non capisse da dove giungevano i soldi che andava prelevando e consegnando ai presunti malviventi, visto che avrebbe potuto risalire alla fonte del versamento tramite la lettura del semplice estratto conto. Avrebbe così potuto intuire i rischi elevati che stava correndo con le assicurazioni malattia, le quali stavano versando i soldi. Un ulteriore elemento psicologico degno di interesse è il doppio registro comportamentale che l'assicurata assume, adattandosi di volta in volta all'interlocutore che ella si trova davanti. Con il collega Dr. _____ ella si è sempre mostrata collaborante, disponibile, affermando sia con il collega, con il quale mi sono confrontato, che con il sottoscritto, di essersi sentita accolta e compresa. Di segno completamente opposto sono invece alcuni scritti indirizzati al Giudice, dove l'assicurata fa affermazioni di sdegno, dicendo di essersi trovata male nel rapporto con il Dr. _____, il quale le avrebbe fatto delle: "domande come un poliziotto, su fatti e cose per i quali non aveva una risposta, anziché sul suo reale stato di salute". (...) (doc. AI 332/13-14 , inc. 32.2012.147) In merito alle diagnosi psichiatriche il perito si è così espresso: " (...) Dagli atti e dall'anamnesi emerge una problematica depressiva ricorrente, esordita per la prima volta nel 1988, all'età di 19 anni, dopo la morte in culla del primo figlio, _____ . La

vulnerabilità per la patologia depressiva trova conferma nella familiarità per malattie psichiatriche. Questo primo episodio depressivo si sarebbe comunque risolto rapidamente, senza compromettere in alcun modo la crescita professionale dell'assicurata. Segnali di ricadute depressive più importanti sono individuabili invece nel periodo finale dell'attività lavorativa presso la Clinica _____. Per tale problematica depressiva l'assicurata è stata giudicata inabile al lavoro nella misura del 100% dall'inizio del 2002. Le prime annotazioni psichiatriche su questo disturbo compaiono nel rapporto dell'SPS di _____ del novembre 2003. Secondo l'opinione della curante (Dr.ssa _____), si era confrontati con una sindrome depressiva ricorrente, che avrebbe giustificato ben tre ricoveri successivi in ambito psichiatrico, tra il 2004 ed il 2005, presso la clinica _____. Anche i medici della clinica psichiatrica confermavano la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, descrivendo episodi di gravità variabile. La diagnosi di depressione maggiore ricorrente, con stato di salute stazionario, veniva ripresa nuovamente dalla Dr.ssa _____ nel successivo rapporto di decorso per l'Al del giugno 2007. Sulla base di questa patologia psichiatrica (depressione di media gravità) l'Al aveva deciso, in assenza di una precedente perizia psichiatrica, di riconoscere nel 2005 una rendita intera, a causa di una completa incapacità lavorativa, con effetto dall'1.8.2003. È in questo quadro generale che si inseriscono dunque le perizie successive del CPAS, che viene chiamato in causa nell'ambito di un'ulteriore revisione Al, con lo scopo di accertare lo status attuale e quindi di pronunciarsi circa una corrispondente capacità lavorativa. Prima di andare oltre con la nostra analisi, giova sottolineare che una sindrome depressiva ricorrente, con episodi di media gravità, può avere delle ripercussioni sulla capacità lavorativa molto variabili tra l'uno e l'altro paziente, a seconda delle diverse funzioni psichiche che sono state principalmente intaccate dalla malattia. Vi possono essere casi in cui le funzioni compromesse rendono la persona totalmente inabile per l'attività svolta, mentre si incontrano altri casi in cui il soggetto, pur sperimentando un forte disagio soggettivo, ha ancora le risorse psichiche per adempiere, pur con fatica, ai suoi impegni lavorativi. Per ciò che concerne il periodo precedente alla nostra prima perizia psichiatrica nel mese di novembre 2007, non abbiamo i dati oggettivi necessari per poter decidere quale fosse il reale livello di compromissione della capacità funzionale della signora RI 1. In assenza di un'osservazione diretta, oppure di prove concrete che la signora abbia lavorato negli anni compresi tra il 2003 ed il 2007, ci troviamo a dover considerare come attendibili i rapporti forniti dall'SPS di _____. Certamente l'elevata capacità di manipolazione che si è attualmente palesata, solleva dei sospetti più che legittimi anche su quegli anni. Tuttavia mancano i dati clinici e le prove oggettive per potersi discostare dall'opinione espressa dalla Dr.ssa _____ nel 2003 e ribadita ancora dalla stessa dottoressa in giugno 2007. Altro tipo di giudizio va invece riservato ai periodi successivi al novembre 2007. All'epoca, effettuando la prima perizia psichiatrica, il collega Dr. _____ veniva tirato in causa per analizzare la situazione di una donna che era stata dichiarata inabile al lavoro dall'inizio del 2002 ed era stata riconosciuta ufficialmente invalida al 100% per motivi psichiatrici dall'agosto del 2003. In questo caso si trattava, per il perito, di accertare la stazionarietà o meno del quadro psicopatologico e quindi la prosecuzione o meno della linea di pensiero che aveva giustificato il diritto alla rendita. Il collega riscontrava uno status oggettivo compatibile con una depressione di media gravità, quindi sostanzialmente analogo agli episodi avuti in passato e che avevano giustificato la rendita piena. Il collega stesso non mancava però di rilevare degli elementi di miglioramento che sembravano delinearli, sottolineando il maggiore slancio vitale della signora, che si concretizzava, tra le altre cose,

nel suo occuparsi in maniera adeguata delle sue quattro figlie. Essendoci alcuni indizi di miglioramento, ma in presenza (almeno in apparenza) di un costante turbamento ansioso-depressivo, il perito aveva indicato la riduzione del grado di inabilità lavorativa medico-teorica al 70% ed aveva previsto, nell'arco di un anno, la possibilità di ripresa di un'attività lavorativa almeno al 50%. La prudenza era allora raccomandata, in virtù della regola aurea della medicina che impone "primum non nocere", temendo che una proiezione brusca nel mondo del lavoro fosse dannosa e controproducente, vanificando ogni progressione positiva. L'attività di infermiera veniva sconsigliata per ragioni puramente teoriche, poiché avrebbe confrontato la signora con il fenomeno "malattia", difficile da gestire da parte degli individui depressi e perché la signora stessa si dichiarava incapace di riprendere in questo ambito. D'altra parte durante tale perizia non si poteva immaginare, senza essere accusati di essere in cattiva fede, una simile capacità di manipolazione/simulazione dell'assicurata, che si è dimostrata tale da aver spiazzato persino i curanti, i quali hanno avuto un rapporto ben più assiduo con la loro paziente. Con le indagini assicurative avviate nel 2008 le cose si sono complicate ulteriormente ed il perito è stato chiamato in causa per una seconda valutazione, ma senza che gli siano state fornite delle prove certe e ben circostanziate. Da un lato egli si è trovato confrontato con il certificato della nuova psichiatra curante, datato febbraio 2009, che ribadiva senza dubbi una condizione ansioso depressiva importante ed una completa incapacità lavorativa. Dall'altro lato è stato messo a conoscenza di una lista di assicurazioni, dalle quali si sospettava che l'assicurata avesse riscosso ingiustamente delle IPG per malattia sin dal 2003. In sede peritale lo specialista ha potuto confermare una condizione ansioso depressiva, sempre di gravità media, ed ha reso effettivo il miglioramento già previsto due anni prima, stabilendo un'incapacità lavorativa del 50%, grado di inabilità normalmente presente in una depressione di grado medio, con caratteristiche di cronicità. Il fatto che la signora RI 1 sia un operatore sanitario, che quindi conosce molto bene la presentazione sintomatologica dei quadri depressivi, avrebbe potuto far nascere legittimamente qualche dubbio in più. Ma la segnalazione fatta dal SMR circa le sospette truffe parlava di un evento così grosso da sembrare incompatibile con i certificati e con le dichiarazioni rilasciate dai medici curanti, oltre che con l'obiettività riscontrata in sede peritale. È vero però che l'assicurata era sottoposta ormai da molti anni a degli stress elevati di tipo familiare, dovuti al rapporto problematico con il partner, ai quali si aggiungevano più recentemente delle gravi preoccupazioni economiche legate all'incendio della sua abitazione ed al sospetto di frode a danno delle assicurazioni malattia. Purtroppo non era ancora sufficientemente evidente quello che adesso è invece oltremodo palese: cioè che i sintomi ansioso-depressivi non erano parte di una depressione ricorrente maggiore e limitante, ma esprimevano più verosimilmente un turbamento affettivo del tutto reattivo agli stress sociali, che riguardavano sia il contesto familiare, nella relazione con il marito, sia i problemi economici ed i sospetti di truffa che si cominciavano ad addensare pesantemente, il tutto condito ed amplificato da abili capacità di amplificazione e di dissimulazione della realtà. Dopo l'ultima perizia redatta dal Dr. _____ gli eventi sono infine precipitati, smascherando i tentativi di dissimulazione e consentendo di comprendere la reale natura delle alterazioni emotive che venivano lamentate davanti al perito. I dati adesso parlano chiaro e non lasciano spazio ad ulteriori dubbi. Dal mese di ottobre 2009 l'assicurata è stata assunta presso la ditta _____ come infermiera a domicilio, attività per la quale si dichiarava invece totalmente inabile al lavoro davanti al perito Dr. _____ appena due mesi prima, quando affermava di voler riprendere un'attività come impiegata d'ufficio. Dal

dicembre 2009 sono poi presenti agli atti innumerevoli altre ricerche di lavoro, anche a tempo pieno. Confrontata dal perito con tali dati che emergono dall'incarto, l'assicurata sostiene di essere stata costretta a lavorare, sentendosi minacciata dall'AI, che ipotizzava una soppressione cautelativa della sua rendita. È superfluo sottolineare che i gravi pazienti psichiatrici, che a causa della loro malattia non sono in grado di lavorare, non riescono certamente a riprendere il lavoro in modo impeccabile, soltanto perché l'assicurazione invalidità ventila il rischio di soppressione di una rendita. Il dato reale consente quindi di appurare che l'assicurata, a fronte del rischio di perdere un vantaggio economico, ha messo mano alle sue risorse e si è attivata per poter lavorare come infermiera, cosa che sapeva bene di poter fare. L'attività è stata inoltre svolta riuscendo a gestire dei turni assai irregolari, con talora carichi di ore importanti, variabili di mese in mese, e trasferte con l'auto per centinaia di chilometri. A tal proposito l'assicurata mi dà una conferma indiretta: dice infatti di essersi sentita sfruttata dalla ditta _____, che spesso le imponeva fare turni irregolari e pesanti: a giornate in cui vi era un sovraccarico di ore, si alternavano periodi in cui veniva lasciata in disparte e questo le suscita molta rabbia. La ricostruzione delle ore effettive lavorate presso questa ditta corrisponde a mio avviso almeno ad un'attività del 70% per alcuni mesi. D'altra parte la capacità dell'assicurata di sopportare giornate con carichi di lavoro maggiori, centinaia di chilometri di trasferte e la sua capacità di adattamento e flessibilità totale di fronte alle richieste dell'azienda fanno supporre che la capacità lavorativa medico teorica fosse anche maggiore (almeno una capacità lavorativa dell'80-100%). Per arrivare al periodo attuale, l'assicurata conferma ancora di continuare a lavorare come infermiera a domicilio, sostituendo la sorella che è infermiera indipendente. Non abbiamo dati concreti sull'impegno reale profuso in questa attività, ma l'assicurata dice di riuscire a svolgerla solo al 50%. Ovviamente, alla luce di tutti gli elementi sopra esposti, questa affermazione non può essere considerata valida. La ragione principale, anche lasciando da parte il discorso dei tentativi di manipolazione per ottenere un vantaggio secondario, si può fondare già soltanto su elementi clinici. Inutile dire che la signora appare energica e combattiva. Tutto il disagio che emerge adesso è legato esclusivamente a dei fattori esterni, a delle condizioni di stress importante per il processo, nelle quali qualunque persona svilupperebbe delle normali difficoltà emotive. La polemica contro le assicurazioni e le autorità non può essere paragonata ad una malattia perché, pur creando disagio e preoccupazione, essa non è una malattia in senso stretto. Per questo ho formulato la diagnosi di una sindrome da disadattamento, con disturbo misto delle emozioni e della condotta. Ora che l'assicurata ha ripreso il lavoro, non può più addurre i sintomi depressivi come ancora poteva fare nel agosto 2009, ma sposta tutto il suo disagio sui problemi con le autorità, che però non sono ovviamente dei fattori pertinenti per l'AI. Qualunque persona, in una simile condizione, svilupperebbe delle difficoltà emozionali ed una quota di tristezza depressiva, ma essa non giustificerebbe un'inabilità lavorativa permanente, essendo transitoria e risolvibile una volta venuto meno l'evento stressante. Per avere un'ulteriore conferma sul piano diagnostico, ho chiesto l'esecuzione di due test, che sono stati affidati alla psicologa dottoressa _____. Essi hanno escluso categoricamente la presenza di una sintomatologia depressiva maggiore, pur evidenziando una tendenza depressiva legata ad un narcisismo fragile. L'analisi in chiave psicodinamica dell'assetto mentale della signora RI 1, effettuata dalla psicologa, è sufficientemente chiara e dettagliata e non viene ripresa in toto, ma viene allegata integralmente alla presente perizia. Quello che invece occorre fare, è inquadrare nel contesto generale alcuni aspetti emergenti dal test MMPI, che vanno collocati nella prospettiva di un'analisi globale ed articolata. In prima istanza questo test

evidenzia la tendenza dell'assicurata ad entrare in conflitto con figure rappresentanti l'autorità, ma non sistematicamente e solo nelle situazioni in cui il soggetto si sente minacciato, criticato o punito ingiustamente. Tale fattore, congiunto all'evidenza di tratti paranoidi, caratterizzati da sfiducia verso gli altri e visione minacciosa del mondo, sono spiegabili nell'ambito del processo giudiziario che l'assicurata sta affrontando e delle pesanti accuse che le sono mosse. Manie di persecuzione in senso stretto possono invece essere totalmente escluse attraverso l'esame clinico, confermato dal buon funzionamento sul piano di realtà, dalla mancanza di osservazione di simili sintomi psicotici da parte dei curanti e del precedente perito e dalla terapia psicofarmacologica, che non prevede dei farmaci antipsicotici. Il tono dell'umore tendente verso il polo depressivo è soltanto "potenzialmente indicativo" nell'MMPI. Questa osservazione è compatibile con il disagio già riportato in sede clinica ed oggettivato dal perito, ma si sottolinea che tale disagio risulta reattivo alle attuali difficoltà sul piano sociale e familiare e non raggiunge assolutamente una soglia francamente patologica, ovvero non è compatibile con una depressione maggiore. Come accade spesso per condizioni reattive e non gravi, la presenza di sintomi depressivi non vuol dire immediatamente che si giustifichi un'inabilità lavorativa. Essa dipenderà dalle funzioni psichiche che sono eventualmente compromesse e da come esse si combinano con gli elementi della personalità. Nel caso della signora RI 1 ella ha dimostrato che, pur essendoci sintomi depressivi su base reattiva, le sue funzioni psichiche sono ancora sufficienti per consentirle di attivarsi e riprendere a lavorare in modo flessibile e con carichi variabili. Per finire, dopo aver sviscerato le complessità del caso, riassumo le conclusioni alle quali posso giungere con una verosimiglianza preponderante. Il tentativo manipolatorio che la signora RI 1 ha messo in atto con quasi tutti gli attori coinvolti in questo caso, e che all'ultima analisi peritale si è incagliato in una narrazione improbabile, consente di comprendere meglio la personalità di base dell'assicurata, che in precedenza non era stata indagata a sufficienza. I dati clinici, uniti alle risultanze testistiche, consentono di formulare la diagnosi di un disturbo narcisistico di personalità. In senso strutturale esso implica un'autostima fondamentalmente fragile, perché legata ad un ideale dell'io irraggiungibile, che cerca di aggirare grandiosamente i limiti imposti dall'esistenza, fino alla possibilità di spingersi a commettere azioni scorrette, in quanto all'individuo tutto sembra dovuto. In questa visione delle cose le persone vengono ridotte a oggetti da sfruttare esclusivamente per il raggiungimento dei propri scopi, atteggiamento che non risparmia i curanti, né tanto meno gli altri medici implicati. La mancanza di empatia e l'atteggiamento pretenzioso, per cui si ritiene che tutto sia dovuto, è il preambolo della successiva rabbia narcisistica, che emerge con tutta la sua virulenza quando le aspettative irrealistiche di riuscita vengono frustrate dall'ambiente circostante, come è avvenuto nell'attuale caso. Questi individui sono spesso molto sensibili alle critiche o alle frustrazioni ed ai fallimenti, ragion per cui possono sviluppare, di fronte a simili eventi, sintomi depressivi ed alterazioni della sfera emotiva conseguenti alla ferita all'autostima, sentendosi umiliati, tendendo a ritirarsi oppure contrattaccando con sdegno, rabbia ed insolenza. Si ammette quindi in questo caso la presenza di uno stato soggettivo di sofferenza a livello della personalità, che predispone l'assicurata a reazioni depressive e ad altre generiche alterazioni emozionali durante i periodi di maggiore stress. Questo tipo di patologia non è comunque tale da inficiare permanentemente la capacità lavorativa, come i fatti hanno chiaramente dimostrato. In una personalità narcisistica, scompensi transitori durante le fasi di stress, sono generalmente seguiti da altri momenti di recupero e di un buon funzionamento e non si può quindi sancire un'incapacità lavorativa di lunga durata, pur ammettendo la possibilità di periodi critici di

scompenso. Ad ogni buon conto l'assicurata ha dimostrato di poter gestire egregiamente anche lo stress giudiziario recente, riattivando le risorse necessarie per andare a lavorare. Gli elementi di manipolazione permettono di intuire come, entrata in una condizione di beneficio assicurativo, l'assicurata abbia cercato di sfruttarla a suo favore, stressando la persistenza dei sintomi depressivi, che certamente ella ha conosciuto durante le fasi critiche dell'esistenza che ha attraversato ed anche nel corso della formazione e dell'attività come infermiera. La difficoltà dei curanti ad individuare le dinamiche manipolatorie è stata la stessa che ha incontrato il perito quando gli è stata presentata una sintomatologia che era compatibile con una depressione di media gravità. Il perito d'altra parte aveva constatato la sproporzione tra il quadro depressivo di entità media, che tra l'altro pareva in via di miglioramento ed il grado di incapacità lavorativa, ma di fronte all'apparente permanenza del quadro clinico ed alle affermazioni della psichiatra curante, era per lui arduo proporre un ridimensionamento repentino della inabilità lavorativa accettata in passato per molti anni. È doveroso dunque, sulla base dei nuovi elementi, rivedere il giudizio peritale espresso sin dal 2007, con la prima perizia effettuata dal Dr. _____. In via prudenziale il perito che, pur evidenziava un "miglioramento dello slancio vitale, che si concretizza nelle risorse che riesce ad investire per occuparsi dei figli", confermava ancora un'inabilità lavorativa almeno del 70%. Alla luce dei nuovi fatti questa prudenza non può più essere confermata. Il miglioramento intuito dal perito andava quindi, già allora, ben oltre quello che l'assicurata lasciava volontariamente trasparire in sede di perizia. D'altra parte, a conferma di ciò, mentre in passato risultavano dei ricoveri psichiatrici, dal 2006 l'assicurata non è più stata ospedalizzata per il problema depressivo. A posteriori, visto e ponderato tutto quello che è emerso, risulta quindi altamente verosimile che fin dal novembre 2007 l'assicurata potesse già essere considerata teoricamente abile al lavoro almeno all'80%, anche per l'attività di infermiera. (...)" (doc. AI 332/14-19, inc. 32.2012.147) Circa le conseguenze sulla capacità lavorativa – dopo aver osservato che “(...) attualmente non sussistono limitazioni della capacità lavorativa (...) ed attestato che l'assicurata è “(...) abile al lavoro al 100% come infermiera (...)” (doc. AI 332/19 inc. 32.2012.147) – il perito ha concluso che “(...) non abbiamo dati oggettivi che ci permettono di giudicare il periodo tra il 2002 e il 2007, per cui non possiamo fare altro che confermare il precedente giudizio della psichiatra curante Dr.ssa _____ per quegli anni. Resta inteso che, se si dimostrasse che anche in quegli anni l'assicurata ha lavorato, tale giudizio della psichiatra curante risulterebbe inattendibile. Dal 2006 in avanti l'assenza di ulteriori ricoveri psichiatrici dimostra un miglioramento rispetto al passato. Tale miglioramento veniva oggettivato per la prima volta anche dal Dr. _____ nel 2007. Alla luce dei nuovi elementi emersi, non me la sento però di confermare il nostro primo giudizio circa la permanenza di una IL del 70%. Devo piuttosto ritenere, con alta verosimiglianza, che tale miglioramento fosse ben più ampio di quello che il perito da solo poteva ammettere, senza rischiare di venire accusato di arrecare un danno all'assicurata o di non essere sufficientemente prudente ed equo nel suo giudizio. Riconsiderando la faccenda, dal novembre 2007 in avanti, data di oggettivazione del primo miglioramento, l'assicurata va considerata abile al lavoro almeno all'80% e da ottobre 2009 (inizio presso _____) è abile in misura completa. (...)” (doc. AI 332/19 inc. 32.2012.147). Circa la capacità lavorativa quale casalinga il perito ha concluso per un'abilità del 100% e, non ravvisando indicazioni per interventi di integrazione, ha inoltre attestato un'abilità al lavoro del 100% anche per qualsiasi altra attività. Le conclusioni del dr. _____ sono state confermate anche dal dr. _____, medico SMR e FMH in psichiatria e psicoterapia, che, nelle

annotazioni 20 settembre 2011 (doc. AI 343/1-4 inc. 32.2012.147), ha concluso: “(...) non esistono dati oggettivi che permettano di giudicare il periodo 2002-2007; si conferma pertanto il giudizio della psichiatra curante di allora, dr.ssa _____. Dal 2006 via, l'assenza di altri ricoveri psichiatrici dimostra un miglioramento rispetto al passato. Tale miglioramento era oggettivato dal perito dr. _____ nel 2007. Ora, una nuova perizia con riesame degli atti, tre visite specialistiche dell'A.ta, colloquio con l'ultima psichiatra curante, dr.ssa _____, valutazione testistica psicologica con approfondito studio della personalità permette di stabilire, con verosimiglianza, che il miglioramento osservato nel 2007 era più ampio di quanto allora giustificato. Dall'ottobre 2009, inizio presso _____, l'abilità lavorativa è completa: il dato reale permette di valutare che l'A.ta ha da allora messo mano a tutte le sue risorse e si è attivata per potere lavorare come infermiera, anche su turni lunghi e irregolari, in modo impeccabile, secondo la documentazione in atti, fatto questo non compatibile con una patologia maggiore. I tratti di personalità narcisistica sono una caratteristica comportamentale presente in quest'A.ta senza influenza sulla capacità lavorativa e sono emersi dalla testistica. Il disturbo da disadattamento rappresenta un modo attuale di porsi nei confronti della realtà, anch'esso senza un'influenza diretta sulla capacità lavorativa. Pertanto, la perizia redatta dal dr. _____ e ricevuta all'UAI il 30.08.2011 è accurata e esaustiva e ne confermo le conclusioni. (...)” (doc. AI 343/3 inc. 32.2012.147).

2.7. 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 (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, 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). 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 (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ; DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 453). 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). 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).

2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, limitatamente alla conclusione che stabilisce una capacità lavorativa nella sua attività abituale di infermiera dell'80% dal novembre 2007 e del 100% dall'ottobre 2009 nonché una capacità totale tanto quale casalinga quanto in un'altra attività, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il dr. _____ nella perizia 29 agosto 2011 (cfr. consid. 2.6), il quale ha compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. Come si vedrà al prossimo considerando diverse sono invece le considerazioni che vanno fatte in merito alla situazione valetudinaria nel periodo precedente al novembre 2007. Il dr. _____, chiamato ad effettuare una rivalutazione della situazione valetudinaria dell'insorgente avuto riguardo alla ripresa dell'attività lavorativa quale infermiera (vedi in particolare sub doc. AI 223/1-15 inc. 32.2012.147 il contratto di lavoro individuale con la _____, dal quale risulta l'assunzione quale infermiera dal 23 ottobre 2009 nonché i certificati di salario da ottobre 2009 a luglio 2010 dai quali emergono le ore e i chilometri effettuati in quel periodo e sub doc. AI 275/22 inc. 32.2012.147 la dichiarazione 30 dicembre 2010 del datore di lavoro stante la quale il rapporto è durato dal 23 ottobre 2009 al 31 agosto 2010) e all'ipotesi di truffa a danno di assicurazioni protratta nel tempo, ha innanzitutto esaurientemente con riferimenti concreti e in maniera convincente esposto le ragioni in base alle quali ha potuto concludere che l'assicurata presenta un'elevata capacità manipolatoria che tende a strumentalizzare il rapporto con l'altro, con lo scopo di ottenere dei vantaggi personali. Il perito ha in particolare evidenziato di aver interpellato la dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia nonché medico curante, la quale (dopo essersi consultata anche con la psicologa dr.ssa _____ che pure si è occupata

dell'assicurata), vista la ripresa dell'attività lavorativa quale infermiera dell'insorgente, gli ha comunicato di aver "(...) concluso di essersi sentite "usate" dalla Signora _____ per l'ottenimento dei suoi obiettivi. La psichiatra trae questa sua conclusione dal fatto che, dal mese di aprile 2011, la paziente non abbia più preso ulteriori appuntamenti, nonostante ella dichiarasse ancora un forte turbamento emotivo. Ipotizza che la paziente abbia interrotto la presa a carico perché venuto meno il vantaggio che questa le garantiva. (...)” (doc. AI 3232/13 inc. 32.2012.147). Inoltre, ancorché in modo credibile, ancora nell'agosto 2009 avesse dichiarato di essere totalmente inabile quale infermiera e di voler riprendere un'attività come impiegata d'ufficio (vedi la perizia del CPAS del 20 agosto 2009 sub doc. AI 169/1-9 inc. 32.2012.147), in realtà l'insorgente è stata in grado di riprendere l'attività come infermiera sostenendo turni irregolari con carichi di ore talora importanti e variabili di mese in mese, nonché con trasferte in auto per centinaia di chilometri dal mese di ottobre 2009 a luglio 2010 (cfr. doc. AI 223/1-15 inc. 32.2012.147). Del resto, con delle osservazioni di ordine tecnico-psichiatrico, il perito ha ritenuto incredibili le spiegazioni addotte dall'insorgente per giustificare tutti i documenti assicurativi che avrebbe firmato di suo pugno, oltre ai presunti certificati falsi che le verrebbero imputati. Dopo aver sottolineato che una sindrome depressiva ricorrente, con episodi di media gravità, può avere delle ripercussioni sulla capacità lavorativa molto variabili da paziente a paziente, a seconda delle diverse funzioni psichiche che sono state intaccate dalla malattia, il dr. _____ ha dettagliato le situazioni nelle quali il CPAS è stato chiamato a rendere le proprie valutazioni, dapprima nel novembre 2007 ed in seguito nell'agosto 2009 (doc. AI 123/1-6 e 169/1-9 inc. 32.2012.147), motivando esaurientemente perché attualmente ha posto le diverse diagnosi di sindrome da disadattamento con disturbo misto delle emozioni e della condotta (ICD 10 F43.25) e disturbo di personalità narcisistico ICD 10 F60.8). Proprio per avere un'ulteriore conferma sul piano diagnostico il perito ha predisposto l'esecuzione di due test – va qui ricordato che test psicodiagnostici vengono solitamente effettuati proprio per risolvere eventuali dubbi diagnostici – che hanno escluso categoricamente la presenza di una sintomatologia depressiva maggiore evidenziando una tendenza depressiva legata ad un narcisismo fragile (vedi la valutazione testistica del 15 agosto 2011 sub doc. AI 332/21-27 inc. 32.2012.147 allegata alla perizia del CPAS del 29 agosto 2011). Sempre il dr. _____ ha inoltre giustamente evidenziato che i gravi pazienti psichiatrici che non sono in grado di lavorare, non riescono a riprendere in modo impeccabile la loro attività lavorativa per il solo fatto che l'assicurazione invalidità abbia ventilato la possibilità di sopprimere la rendita finora erogata. Il perito ha poi ancora osservato che l'insorgente attualmente appare energica e combattiva, che nel test MMPI il tono dell'umore tendente verso il polo depressivo è risultato soltanto “potenzialmente indicativo” e che la signora RI 1 ha dimostrato che pur essendoci sintomi depressivi su base reattiva, le sue funzioni psichiche sono ancora sufficienti per consentire di attivarsi e riprendere a lavorare in modo flessibile con carichi variabili. Viste le risultanze suesposte, questo Tribunale deve fare proprie le conclusioni cui è giunto il dr. _____ nella perizia del 29 agosto 2011 in base alle quali – rivisto il giudizio peritale del novembre 2007 nel quale (nonostante già si evidenziava un “(...) miglioramento per quanto riguarda lo slancio vitale che si concretizza nelle risorse che riesce ad investire per occuparsi in maniera adeguata dei 4 figli (...)” il dr. _____ aveva ancora concluso per un'incapacità lavorativa del 70% in qualsiasi attività) e considerato che dal 2006 non ha più subito ricoveri psichiatrici – ha ritenuto la ricorrente abile al lavoro nella sua attività abituale di infermiera all'80% dal novembre 2007 e al 100% dall'ottobre 2009 (sul tema della rivalutazione retrospettiva di valutazioni

psichiatrice cfr. STF 9C_343/2012 dell'11 ottobre 2012, consid. 4.3.2 e 4.3.3). Questo vale a maggiore ragione se si considera che le conclusioni del dr. _____ sono state confermate anche dal medico SMR dr. _____ (vedi le annotazioni 20 settembre 2011 riprodotte in esteso al consid. 2.6 in fine). Il TCA rileva peraltro che l'amministrazione ha chiesto la restituzione delle prestazioni già con decisione del 27 luglio 2011 (cfr. al riguardo la STF 9C_343/2012 dell'11 ottobre 2012, consid. 4.1.1 – 4.1.3). In questo senso, sia la domanda volta ad ordinare una perizia giudiziaria sia quella di sentire l'attuale psichiatra curante, dr. _____ di _____ (I punto 6.2.1 inc. 32.2012.147) vanno respinte. In effetti, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In concreto, ritenuto che l'insorgente disponeva della perizia del CPAS del 29 agosto 2011, la stessa avrebbe potuto e dovuto produrre la certificazione medica del suo asserito nuovo curante dr. _____ e non limitarsi a chiedere l'audizione dello stesso oltre ad una nuova perizia giudiziaria. Per un caso in cui questo Tribunale, alla luce del tempo trascorso nel frattempo e considerato il fatto che fosse lecito attendersi che i documenti medici preannunciati venissero prodotti “entro un termine ragionevole”, ha concluso che l'insorgente ha rinunciato alla produzione di ulteriori atti medici vedi la STF 8C_45/2010 del 26 marzo 2010 con la quale il TF ha confermato la STCA 35.2009.86 del 10 dicembre 2009 . 2.9. Quanto alla situazione valetudinaria per il periodo precedente che va dall'agosto 2003 all'ottobre 2007 il TCA rileva quanto segue. La dr.ssa _____, allora capo clinica in formazione presso il Servizio psicosociale del _____, nel rapporto medico 4 novembre 2003 ha attestato un'incapacità lavorativa totale quale infermiera con presumibile possibilità di iniziare un'attività in ufficio, inizialmente in forma parziale (50%) dopo qualche mese (doc. AI 32/1-7 inc. 32.2012.147). La stessa specialista, in risposta ad una domanda di aggiornamento del dr. _____, con scritto 25 febbraio 2004 ha attestato una riacutizzazione della sintomatologia depressiva tale da richiedere un'ospedalizzazione presso una clinica specializzata (doc. AI 37/1-2 e lettera d'uscita del 7 maggio 2004 della Clinica _____ concernente il primo ricovero dal 15 marzo al 7 aprile 2004 sub doc. AI 51/2-4, inc. 32.2012.147). Sulla base di queste risultanze, interpellato quale specialista (doc. AI 63/1 inc. 32.2012.147), il medico SMR dr. _____, nelle annotazioni 16

febbraio 2005, ha concluso che “(...) d’accordo con la valutazione del collega SMR dr. _____ circa la completa IL nell’attività di infermiera. Rispetto alla possibilità di attivazione in altre occupazioni, dopo un colloquio telefonico con la psichiatra curante dell’SPS di _____, dr.ssa _____, emerge la persistenza di una importante compromissione depressiva per la quale l’Ata durante lo scorso mese di dicembre 2004 avrebbe necessitato di un ulteriore trattamento stazionario presso la Clinica _____ per la comparsa di ideazione suicidale. La psicoterapeuta pertanto non considera, allo stato attuale, proponibile alcun tipo attivazione anche in occupazioni differenti da quella precedentemente esercitata (...)” (doc. AI 65/1 inc. 32.2012.147). Sempre l’SPS di _____, nel rapporto di decorso 27 giugno 2007 vistato dal medico capo servizio dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, e dalla dr.ssa _____, medico psichiatra aggiunto, ha attestato uno stato di salute stazionario, rilevando che la paziente nel settembre-ottobre 2005 è stata ricoverata per la terza volta presso la Clinica _____ per una riacutizzazione della nota patologia psichiatrica concludendo per una prognosi incerta e la non necessità di accertamenti medici supplementari (doc. AI 111/1-2 inc. 32.2012.147). Ora – nonostante le risultanze mediche su enunciate e pur considerando la difficoltà ad effettuare valutazioni psichiatriche in modo retrospettivo (cfr. STF 9C_343/2012 dell’11 ottobre 2012, consid. 4.3.2) – questo Tribunale, evidenziato come la perizia 29 agosto 2011 (doc. AI 332/1-27 inc. 32.2012.147) abbia permesso di concludere per un’attitudine manipolatoria dell’insorgere (cfr. consid. 2.6), ritiene che, senza interpellare i medici che si sono occupati dell’interessata, non è ancora possibile concludere per un’inabilità al lavoro durevole (cfr. art. 8 cpv. 1 LPGA) del 100% in qualsiasi attività dall’agosto 2003 all’ottobre 2007 (cfr. STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 " Indes sind für die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung nicht die genaue Diagnose, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit entscheidend (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c und 5a S. 298 f.;)"). Questo vale a maggiore ragione visto che lo stesso dr. _____, nella perizia del 29 agosto 2011, ha rilevato in particolare che “(...) certamente l’elevata capacità di manipolazione che si è attualmente palesata, solleva dei sospetti più che legittimi anche su quegli anni [ndr.: si riferisce agli anni precedenti alla prima perizia del CPAS del 15 novembre 2007 sub. doc. AI 123/1-6 inc. 32.2012.147] (...)” (doc. AI 332/15 inc. 32.2012.147), che “(...) durante tale perizia [ndr.: si riferisce alla perizia del CPAS del 15 novembre 2007 sub. doc. AI 123/1-6 inc. 32.2012.147] non si poteva immaginare, senza essere accusati di essere in cattiva fede, una simile capacità di manipolazione/simulazione dell’assicurata, che si è dimostrata tale da aver spiazzato persino i curanti, i quali hanno avuto un rapporto ben più assiduo con la loro paziente. (...)” (doc. AI 332/16 inc. 32.2012.147), che “(...) purtroppo non era ancora sufficientemente evidente quello che adesso è invece oltremodo palese: cioè che i sintomi ansioso-depressivi non erano parte di una depressione ricorrente maggiore e limitante, ma esprimevano più verosimilmente un turbamento affettivo del tutto reattivo agli stress sociali che riguardavano sia il contesto familiare, nella relazione con il marito, sia i problemi economici ed i sospetti di truffa che si cominciavano ad addensare pesantemente, il tutto condito ed amplificato da abili capacità di amplificazione e di dissimulazione della realtà. (...)” (doc. AI 332/16 inc. 32.2012.147) e che “(...) il tentativo manipolatorio che la signora RI 1 ha messo in atto con quasi tutti gli attori coinvolti in questo caso, e che all’ultima analisi peritale si è incagliato in una narrazione improbabile, consente di comprendere meglio la personalità di base dell’assicurata, che in precedenza non era stata indagata a sufficienza. (...)” (doc. AI 332/18 inc. 32.2012.147). Parimenti,

senza questi accertamenti medici, nemmeno può essere confermata la conclusione del dr. _____ secondo la quale "(...) non esistono dati oggettivi che permettano di giudicare il periodo 2002-2007; si conferma pertanto il giudizio della psichiatra curante di allora, dr.ssa _____. (...)” (doc. AI 343/3 inc. 32.2012.147). Del resto nella decisione del 12 aprile 2012 l'amministrazione ha ricordato che la promozione dell'accusa nei confronti della signora RI 1 riguarda vari reati tra cui quello di truffa aggravata per i fatti seguenti: "per avere, a _____, _____ e _____, nel periodo aprile 2003 – luglio 2010 per procacciare a sé o ad altri un indebito profitto, ingannato con astuzia i funzionari dell'Ufficio assicurazione invalidità nonché i funzionari della Cassa di compensazione AVS, mediante false indicazioni supportate da falsi certificati medici da lei allestiti, rispettivamente sottacendo loro di svolgere attività lucrativa dipendente ed indipendente, inducendoli in tal modo ad erogarle una rendita d'invalidità intera e prestazioni complementari, a cui non avrebbe avuto diritto, segnatamente, per avere presentato, in data 4 aprile 2003, una richiesta di prestazioni d'invalidità, indicando falsamente di essere totalmente incapace al lavoro a partire dal febbraio 2011 a causa di malattia, nonché rappresentando in modo difforme alla verità, di essere in cura presso il ginecologo _____ con minaccia di aborto, rispettivamente presso l'inesistente dottoressa psicoterapeuta _____ sin dal 2001, autorizzando con la sottoscrizione del formulario di richiesta, a norma di legge l'Ufficio invalidità a richiedere informazioni a medici, case di cura, casse malati ecc cosicché i funzionari preposti hanno acquisito agli atti dalla Cassa malati _____ (indicata dall'imputata sul formulario di richiesta) falsi certificati medici da lei allestiti datati 11 settembre 2002 e 3 ottobre 2002 nonché il falso rapporto medico 5/14 ottobre 2002 dell'inesistente dott. Psicologo _____ (che sarebbe stata attiva presso l'Unità sociosanitaria _____), rispettivamente il falso rapporto medico datato 21 gennaio 2003/6 febbraio 2003 del ginecologo Dottor _____ (medico esistente ma da cui non era mai stata in cura), nonché, al momento della presentazione della richiesta d'invalidità e durante l'intero periodo, dissimulato ai funzionari preposti di svolgere attività lucrativa dipendente ed indipendente. Inducendoli in tal modo, nel periodo 1° agosto 2003 – 31 luglio 2010, ad erogarle rendite d'invalidità per complessivi CHF 314'284 (...), a cui non avrebbe avuto diritto (...)" . Se da tali accertamenti dovesse emergere che l'assicurata era in realtà totalmente abile al lavoro anche durante quegli anni (o non era inabile in modo durevole, cfr. art. 8 cpv. 1 LPGA) le rendite di invalidità andrebbero restituite già per il solo fatto che non esisteva nessuna incapacità lavorativa di lunga durata. Se invece, dal profilo medico, fosse confermata la totale inabilità lavorativa fino al mese di ottobre 2007, andrebbero ancora approfonditi gli aspetti economici. Dal profilo economico l'Ufficio AI, sulla sola base degli atti di causa, ha concluso che l'insorgente avrebbe "(...) dimostrato di poter svolgere l'attività abituale di infermiera e anche di gerente di esercizi pubblici in maniera continua senza effettive limitazioni funzionali per il periodo durante il quale è stata valutata una inabilità lavorativa totale. (...)” (doc. A punto 7 inc. 32.2012.147). Questo Tribunale, senza gli ulteriori necessari accertamenti e per le seguenti ragioni, non può confermare nemmeno questa conclusione dell'amministrazione. Dal fascicolo risulta quanto segue: - l'assicurata, iscritta al collocamento il 16 dicembre 2002 alla ricerca di un'occupazione a tempo pieno, si è dichiarata abile al lavoro al 100% e ha beneficiato delle indennità di disoccupazione dal 16 dicembre 2002 al 28 febbraio 2004 (cfr. incarto disoccupazione in inc. 32.2012.147); - dal 20 gennaio 2003 al 31 gennaio 2004 l'assicurata è stata alle dipendenze della _____ quale infermiera CRS occupata in base agli incarichi ricevuti e conseguendo nel 2003 un guadagno annuo complessivo di fr. 4'187.--

per 153 ore lavorative e nel 2004 di fr. 189.-- per 6 ore lavorative (doc. AI 309/1-13); - l'assicurata ha assunto la carica di gestore del _____ il 28 marzo 2002 e del Ristorante _____ il 18 luglio 2003; quella di gerente del Ristorante _____ il 27 aprile 2007, della _____ il 27 febbraio 2006 fino all'8 giugno 2006, del Ristorante _____ il 24 settembre 2003 e del Ristorante _____ il 17 aprile 2003. Detti esercizi pubblici hanno poi cessato la loro attività: il _____ il 31 ottobre 2002, il Ristorante _____ il 24 luglio 2003, il Ristorante _____ la prima volta il 31 dicembre 2005 e la seconda l'8 giugno 2006 e il Ristorante _____ il 20 dicembre 2007 (doc. AI 270/3-12, 276/1, 277/1-2 e 289/1 inc. 32.2012.147). È vero che l'assicurata si è dichiarata abile al lavoro al 100% ed ha beneficiato delle indennità di disoccupazione dal 16 dicembre 2002 al 28 febbraio 2004 (sul presupposto dell'idoneità al collocamento, cfr. l'art. 15 LADI in relazione con l'art. 8 cpv. 1 lett. f LADI) e che la ricorrente ha ommesso di segnalare che percepiva indennità di disoccupazione nel formulario di richiesta di prestazioni AI dal 4 aprile 2003. È altrettanto vero che l'assicurata è stata ritenuta dalla dr.ssa _____, dal dr. _____ e dal dr. _____ inabile al lavoro (cfr. doc. AI 32/1-7, 37/1-2, 65/1 e 111/1-2 tutti dell'inc. 32.2012.147). Va peraltro sottolineato che i criteri per poter beneficiare delle indennità giornaliere di disoccupazione e quelli per essere posto al beneficio di una rendita sono differenti (in certi casi si può aver diritto sia alle prestazioni LADI che alla rendita AI; in argomento vedi la STF 8C_43/2012 del 7 settembre 2012 consid. 4.1 che rinvia alla DLA 2002 n. 33 pag. 238). Viste le poche ore di lavoro svolte quale infermiera nel 2003 e nel gennaio 2004 nemmeno è possibile concludere con la sufficiente tranquillità per una capacità totale e continuativa in detta attività. Quanto alle autorizzazioni alla gestione di esercizi pubblici – a prescindere dal fatto che il _____ e il Ristorante _____ hanno cessato la loro attività prima dell'agosto 2003 e che per il Ristorante _____ l'interessata ha assunto la carica di gerente il 27 aprile 2007 e che l'esercizio pubblico ha cessato la propria attività il 20 dicembre 2007 – dalle medesime non è direttamente desumibile una capacità lavorativa totale e continuativa quale gerente/gestore di esercizi pubblici. Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo ai contratti di lavoro sottoscritti con il Ristorante _____ il 26 marzo 2003, il Ristorante _____ il 20 settembre 2003 e la Locanda _____ il 4 febbraio 2006 (doc. AI 289/6, 289/2 e 289/3-5 inc. 32.2012.147). Questo vale a maggiore ragione se si considera che l'insorgente sostiene che "(...) per tutti gli esercizi citati nella decisione ora impugnata, la qui ricorrente non ha mai svolto alcuna attività effettiva, come è emerso anche nell'ambito del procedimento penale. (...)” (I punto 6.1.1 inc. 32.2012.147). D'altra parte non risulta che l'amministrazione abbia proceduto ad interpellare le casse di compensazione dei sopra citati esercizi pubblici e/o a richiamare puntualmente tutta la documentazione fiscale e i conti individuali dell'assicurata relativi a quegli anni. Documentazione, questa, dalla quale si sarebbe potuto evincere se per le attività quale gerente/gestore degli indicati esercizi pubblici l'insorgente abbia o meno percepito un salario (nella sola dichiarazione d'imposta delle persone fisiche 2005 sub doc. AI 108/3-5 inc. 32.2012.147 l'assicurata non ha dichiarato alcun reddito da attività lavorativa). Neppure l'Ufficio AI sembra aver interpellato direttamente i datori di lavoro che avrebbero potuto esprimersi circa l'effettivo esercizio di dette attività. Per una diversa fattispecie nella quale il TF ha confermato il giudizio di questo Tribunale che aveva concluso per una effettiva capacità lavorativa nell'attività abituale ritenuta anche l'appurata cifra d'affari conseguita dall'assicurato vedi la STF 9C_469/2011 del 18 giugno 2012. Per un caso in cui l'Alta Corte – pur evidenziando che il neurologo non aveva concluso per una capacità

lavorativa solo per il fatto che l'assicurato era stato controllato su un cantiere – , vista la necessità di effettuare ulteriori accertamenti medici, ha rinviato gli atti all'amministrazione ritenendo non necessario pronunciarsi sull'apprezzamento dell'autorità giudiziaria circa la presenza dell'assicurato su un cantiere, vedi invece la STF 9C_215/2012 del 21 agosto 2012. Stante quanto precede, per il periodo antecedente il mese di novembre 2007, gli atti vanno dunque rinviati all'amministrazione affinché, esperiti i necessari accertamenti medici e quelli atti a pronunciarsi circa l'esistenza e la misura di un'attività lavorativa provata concretamente, si pronunci nuovamente, se del caso dopo avere preso atto dell'esito della vertenza penale (cfr. STCA 35.2008.6 del 14 settembre 2009), sul diritto alle prestazioni erogate dall'agosto 2003 all'ottobre 2007. 2.10. Alla luce delle considerazioni sviluppate al precedente considerando, la decisione 13 maggio 2005, con la quale l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera (grado d'invalidità 100%) a far tempo dal 1. agosto 2003 nonché alle rispettive rendite complete per figli (cfr. consid. 1.1), senza l'esperimento degli ulteriori accertamenti sopra evidenziati, non può dunque essere sottoposta a revisione. Per contro, conformemente alla giurisprudenza e viste le circostanze sopra descritte (cfr. consid. 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 e 2.9), la comunicazione 19 novembre 2007, che ha confermato il diritto ad una rendita intera (cfr. consid. 1.3), va riesaminata visto che dal novembre 2007 vi è una capacità lavorativa quale infermiera dell'80% e dall'ottobre 2009 del 100% ed in base ad un confronto percentuale dei redditi non si arriva ad un grado d'invalidità pensionabile ai sensi dell'art. 28 cpv. 2 LAI. 2.11. Occorre ora esaminare se rettamente l'Ufficio AI ha soppresso retroattivamente la rendita ai sensi dell'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI. In altre parole dev'essere verificato se la ricorrente ha violato l'obbligo di informare ai sensi dell'art. 77 OAI. Secondo l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI infatti 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. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. Dagli atti risulta incontestatamente che nel mese di agosto 2010 l'amministrazione è venuta a conoscenza del fatto che l'insorgente volontariamente ha omesso di comunicarle di aver ripreso a lavorare quale infermiera dall'ottobre 2009. Non notificando, quale beneficiaria del diritto ad una rendita intera, all'amministrazione la ripresa dell'attività lavorativa quale infermiera, l'insorgente ha contravvenuto al suo obbligo d'informazione sancito dall'art. 31 LPGA. Non si può infatti legittimamente ammettere che una persona, anche non cognita in materia di assicurazioni sociali, che percepisce una rendita, non avverta che la ripresa della sua abituale attività lavorativa è suscettibile di influenzare il diritto ad una tale prestazione. Non va infatti dimenticato che nella decisione di attribuzione della rendita, quale esempio di modifica delle condizioni personali ed economiche obbligatoriamente da notificare, risulta espressamente menzionato il "cambiamento delle entrate o delle condizioni patrimoniali, p. es. inizio o cessazione di un'attività lucrativa" (doc. AI 73/2 inc. 32.2012.147). Avendo l'assicurata violato l'obbligo d'informazione, rettamente l'amministrazione ha soppresso la rendita con effetto retroattivo. 2.12. Ritenuto che la decisione 13 maggio 2005, con la quale l'Ufficio AI ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera (grado d'invalidità 100%) a far tempo dal 1. agosto 2003, non può ancora sulla sola base degli atti di causa essere riconsiderata (cfr. consid. 2.10), la decisione di soppressione della rendita con effetto

retroattivo del 12 aprile 2012 va comunque annullata per quanto riguarda al periodo dal 1. agosto 2003 al 30 ottobre 2007 e gli atti rinviati all'amministrazione perché, effettuati i necessari accertamenti e se necessario atteso l'esito della vertenza penale (cfr. consid. 2.9), si pronunci nuovamente. Quanto alla censura che nell'emanare la decisione di soppressione l'Ufficio AI non ha tenuto conto dell'art. 7 cpv. 3 LAI – nel ricorso l'insorgente ha infatti sostenuto che "(...) l'Ufficio AI nell'emanare la decisione impugnata non ha infatti tenuto conto, in violazione dell'art. 7b cpv. 3 LAI, delle circostanze del caso concreto, con particolare riferimento alla situazione personale e familiare della qui ricorrente. (...)" (I, punto 9 inc. 32.2012.147) – questo Tribunale si limita qui a rilevare che detta norma regola le fattispecie aventi per oggetto una sanzione e non la soppressione in via di riconsiderazione come nel presente caso. 2.13. Rimane da esaminare l'ordine di restituzione del 27 luglio 2011 con il quale l'Ufficio AI ha chiesto all'assicurata la restituzione di fr. 314'284.-- per prestazioni ricevute indebitamente durante il periodo dal 1° agosto 2003 al 31 luglio 2010 (cfr. consid. 1.4). Secondo l'art. 25 LPGGA, le prestazioni indebitamente rimosse devono essere restituite. La restituzione non deve essere chiesta se l'interessato era in buona fede e verrebbe a trovarsi in gravi difficoltà (cpv. 1; cfr. art. 4 OPGA). Il capoverso 2 prevede che il diritto di esigere la restituzione si estingue dopo un anno a decorrere dal momento in cui l'istituto d'assicurazione ha avuto conoscenza del fatto, ma al più tardi cinque anni dopo il versamento della prestazione. Se il credito deriva da un atto punibile per il quale il diritto penale prevede un termine di prescrizione più lungo, quest'ultimo è determinante. I principi applicabili alla restituzione secondo la LPGGA sono dedotti dalla legislazione e dalla giurisprudenza anteriore che conserva pertanto la sua validità (DTF 130 V 318). Il termine relativo di un anno ex art. 25 cpv. 2 LPGGA, secondo la giurisprudenza e contrariamente al tenore letterale della norma, costituisce un termine di perenzione (DTF 124 V 380, 122 V 274, 119 V 431 consid. 3a) e comincia a decorrere nel momento in cui l'amministrazione, usando l'attenzione da essa ragionevolmente esigibile avuto riguardo alle circostanze, avrebbe dovuto rendersi conto dei fatti giustificanti la restituzione (STF 8C_64/2011 del 7 novembre 2011 consid. 2.1 e 2.2, 9C_795/2009 del 21 giugno 2010 consid. 3.1 e 3.2; DTF 133 V 579 consid. 4, 124 V 380, 119 V 433, 112 V 180 con riferimento al termine giusta l'art. 95 cpv. 4 LADI, che si richiama ai principi fissati dall'art. 47 cpv. 2 vLAVS al quale corrisponde in sostanza l'art. 25 LPGGA; Kieser, ATSG-Kommentar, all'art. 25 n. 38). I termini di perenzione non possono essere né interrotti né sospesi e devono essere applicati d'ufficio (DTF 111 V 135 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3.a edizione, Berna 2003, n. 12, pag. 280). Per poter esaminare i presupposti della restituzione, l'amministrazione deve poter disporre di tutti i fatti rilevanti, da cui emerge sia il principio che la misura del diritto alla medesima. Per determinare la pretesa non è quindi sufficiente che l'assicuratore venga a conoscenza di circostanze che forse potrebbero condurre a ammetterla oppure che permettono di stabilirne il principio ma non la misura (DTF 112 V 180 consid. 4a; STFA C 317/01 del 29 aprile 2003; C 11/00 del 10 ottobre 2001). Qualora l'autorità amministrativa disponga di sufficienti indizi circa una possibile pretesa di restituzione, ma la documentazione è ancora incompleta, essa è tenuta a compiere gli accertamenti ancora necessari entro un termine adeguato. In caso di ritardo, il termine di perenzione inizia a decorrere dal momento in cui l'amministrazione, dando prova di ragionevole impegno, avrebbe colmato le proprie conoscenze in modo tale da poter esercitare la pretesa di restituzione. Per quanto riguarda il tempo ragionevolmente necessario per procedervi a partire dal momento in cui essa è venuta a conoscenza di indizi atti a fondare la pretesa di restituzione, il TFA ha indicato una

durata sino a quattro mesi (DLA 2004 pag. 285ss. citata anche al consid. 2.2 della STF 8C_64/2011 del 7 novembre 2011; SVR 2001 IV Nr. 30 pag. 93 consid. 2e). Il termine di perenzione di un anno inizia a decorrere, in ogni caso, se e non appena dagli atti emerge già il carattere illecito della corresponsione della prestazione (STF K 70/06 del 30 giugno 2007 consid. 5.1 e riferimenti, non pubblicato in DTF 133 V 579, ma in SVR 2008 KV 4 p. 11; cfr. anche STCA 42.2009.5 del 5 maggio 2010). Venuta a conoscenza, nel maggio 2009 (cfr. doc. AI 157/1 inc. 32.2012.147), del fatto che nei confronti dell'insorgente erano stati aperti dei procedimenti penali e nell'agosto 2010 della ripresa da parte dell'assicurata dell'attività lavorativa quale infermiera, l'amministrazione si è tempestivamente mossa procedendo, in un primo tempo, ad accertare l'esistenza o meno della psicologa di nome _____ (che avrebbe attestato, su certificato prodotto dall'assicurata, che "(...) la Signora RI 1, dopo aver partorito il giorno 30/07/2002 (post termine), ha presentato una depressione acuta post parto, aggravata dalla morte del neonato. (...)"; doc. AI 221/21 inc. 32.2012.147) rispettivamente se, come risulterebbe dallo stesso certificato, vi è stato un parto il 30 luglio 2002 (il neonato sarebbe in seguito morto) (vedi l'annotazione del medico 31 agosto 2009 sub doc. AI 171/1 e i doc. 172/1, 177/1, 181/1, 183/1, 185/1, 187/1, 189/1, 191/1, 193/1, 206/1, 211/1-3, 212/1-6, 215/1-2 e 216/1 tutti dell' inc. 32.2012.147) e, in un secondo tempo, ad accertamenti circa la ripresa dell'attività quale infermiera nell'ottobre 2009 rispettivamente ad altre attività lavorative svolte sia durante che dopo l'interruzione dell'erogazione della rendita nell'agosto 2010 (doc. AI 223/1-15, 249/1-2, 263/1, 265/1, 270/1-12, 273/1, 276/1, 277/1-285/1, 289/1-6, 290/1-4, 293/1, 294/1-2, 296/1-4, 309/1-13, 310/1-3, 312/1-22, 313/1, 314/1, 316/1-2, 318/1, 319/1, 322/10 e 323/1-10 tutti dell'inc. 32.2012.147). L'amministrazione ha pure ordinato una terza perizia a cura del CPAS che ha reso il suo referto il 29 agosto 2011. Di conseguenza, in simili circostanze e ritenuto che, per il momento sulla sola base degli atti di causa, la restituzione può estendersi unicamente alle prestazioni erogate dal mese di novembre 2007 a luglio 2010, l'ordine di restituzione del 27 luglio 2011 appare corretto e rispettoso dell'art. 25 cpv. 2 LPGA. Infatti, dall'agosto 2010, mese in cui per la prima volta l'Ufficio AI è venuto a conoscenza della circostanza decisiva stante la quale l'assicurata ha ripreso l'attività lavorativa a tempo pieno quale infermiera dall'ottobre 2009, all'emanazione della decisione di restituzione il 27 luglio 2011, non è passato un anno. Dunque l'amministrazione ha rispettato il termine relativo di perenzione di un anno ex art. 25 cpv. 2 LPGA e, appurata la lesione dell'obbligo d'informare ex art. 31 LPGA (cfr. consid. 2.11), la restituzione che si estende fino al mese di novembre 2007 è pure rispettosa del termine assoluto di 5 anni. Non essendo per contro appurato se la restituzione possa o meno estendersi, come sostenuto dall'Ufficio AI, fino al 1° agosto 2003, non è qui necessario stabilire se nella fattispecie trova o meno applicazione la prescrizione penale più lunga come addotto in sede di risposta (cfr. IV punto 11 inc. 32.2012.147). Ribadito che, per il momento e sulla base dei soli atti di causa, possono essere chieste in restituzione solo le prestazioni erogate dal novembre 2007 al luglio 2011, la decisione del 27 luglio 2011 va quindi confermata limitatamente alla restituzione della somma di fr. 119'291.-- pari alle prestazioni percepite indebitamente dal mese di novembre 2007 a luglio 2010 (2 mesi nel 2007 a fr. 3'931.--, 12 mesi nel 2008 a fr. 3'524.-- e 19 mesi da gennaio 2009 a luglio 2010 a fr. 3'639.-- vedi il doc. A inc. 32.2011.229). 2.14. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, i ricorsi interposti contro le decisioni del 27 luglio 2011 e del 12 aprile 2012 vanno accolti ai sensi dei considerandi e gli atti rinviati all'amministrazione affinché proceda nelle proprie incombenze. Alla ricorrente, patrocinata da un legale, vanno riconosciute le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA) che nella

fattispecie – tenuto conto in particolare del grado di difficoltà delle cause in oggetto, del fatto che le tesi e le argomentazioni addotte e sviluppate dall'insorgente in relazione alle due (congiunte) procedure sono in parte le medesime – appare giustificato quantificare, spese comprese, in complessivi fr. 2'000.-- (IVA inclusa). Le domande di assistenza giudiziaria per le procedure ricorsuali diventano pertanto prive di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5). 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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 delle procedure, le spese per complessivi fr. 1'000.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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