

TI_GERICHTE 32.2011.43 vom 24. Januar 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-01-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.43

FR: TI_GERICHTE 32.2011.43 du 24 janvier 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.43 del 24 gennaio 2011

Regeste

Perizia giudiziaria psichiatrica non presta il fianco a critiche per quanto riguarda il periodo posteriore al 19 aprile 2009. Per contro, per il periodo antecedente le valutazioni SAM e SMR risultano maggiormente attendibili. Decisione UAI confermata

Erwägungen

E. 25

aprile 2005; DTF 120 V 237; DTF 117 V 241; DTF 113 V 159). Quando una causa viene rinviata dal Tribunale federale ad un'autorità inferiore, quest'ultima deve dare alle parti una nuova occasione di esprimersi (cfr. sentenza C 89/03 del 2 luglio 2007). 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; *Pratique VSI* 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione

professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 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). 2.5. Il TCA nella sentenza del 6 maggio 2010 (inc. 32.2009.216) aveva respinto il ricorso della RI 1, e ritenuto che lo stato di salute dell'assicurata, dal profilo psichiatrico, fosse stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal Dr. _____, medico SMR spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, e che i referti del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, non apportassero nuovi elementi, non apprezzati in sede peritale, in grado di influire sulla valutazione specialistica del perito dell'amministrazione. PI 1 veniva quindi considerata, a far tempo dal 30 ottobre 2008, abile al lavoro in un'attività adeguata al 50%, mentre dal 19 aprile 2009 inabile in maniera totale (100%). A seguito della sentenza del Tribunale Federale del 24 gennaio 2011, il TCA ha ordinato una perizia medica. Nel rapporto peritale del 28 dicembre 2011 il Dr. _____ spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e psichiatra forense certificato SPF, dopo aver illustrato i quesiti peritali, riassunto gli atti, esposto l'anamnesi, le lamentele soggettive, lo status, la terapia farmacologica, l'esame psicologico e la valutazione conclusiva, ha così risposto ai quesiti peritali: " (...) A) PROPOSTI DALLA PARTE CONVENUTA 1) Di quali affezioni soffre l'assicurata? In particolare, quali sono le diagnosi con e senza ripercussioni sulla capacità lavorativa? ad 1) La peritanda soffre di un complesso disturbo psichiatrico che comprende tanto un disturbo della struttura di personalità quanto disturbi ansiosi e affettivi, disturbi della condotta alimentare e di abuso di sostanze, oltre che, anamnesticamente, disturbi conversivi. A nostro avviso, la patologia fondamentale è un disturbo di personalità che, in base all'ICD-10, deve essere inquadrato, "faute de mieux", come disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline, F60.31. Non si può però escludere che, in realtà, questo disturbo rappresenti una fase di transizione e non un assetto stabile. Si ha infatti l'impressione che il quadro clinico si sia lentamente aggravato e, come il Test di Associazione e anche il Test di Rorschach indicano, la presenza di un nucleo psicotico potrebbe, specie considerando la fragilità dei meccanismi di difesa disponibili, sfociare, col tempo, in un quadro di psicosi deficitaria. Sul disturbo di personalità si innestano come sue espressioni secondarie gli attacchi di panico e gli aspetti agora-calustrofobici, che configurano una patologia a sé stante classificata da ICD-10 alla cifra F40.01 ("Agorafobia con sindrome da attacchi di panico"*); complicanza comune di questi disturbi sono poi episodi depressivi, configuranti nel caso della peritanda una sindrome depressiva ricorrente o forse (ma al riguardo è impossibile essere assolutamente precisi) una sindrome depressiva persistente non specificata (F33 risp. F34.9). Tra le misure sfortunatamente poste in atto dalla peritanda per far fronte ai sintomi ansiosi figura l'abuso di sostanze psicotrope: forse alcol, sicuramente benzodiazepine e ipnotici. Anche questo costituisce attualmente una patologia che va d'aggiungersi alle precedenti, vale a dire perlomeno un uso dannoso (F13.1) ma più probabilmente una sindrome da dipendenza (F13.2 "F13" codifica "sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici"). Il disturbo alimentare, più che come bulimia, è da classificare come iperalimentazione associata con altri disturbi psicologici (F50.4). I sintomi conversivi come gli episodi di afonia, sono da classificare alla cifra F44.4 ("Sindrome dissociativa motoria"). Tranne le ultime due, tutte le diagnosi hanno ripercussioni sulla capacità lavorativa. Per completezza, menzioniamo anche il disagio nella

relazione di coppia, codificata con ICD-10 Z63). 2) Quali sono gli impedimenti ed in quale percentuale incidono sulla capacità lavorativa dell'assicurata in qualità di gerente? ad 2) Gli impedimenti sono quelli che abbiamo cercato di mettere in evidenza in "Sintesi e Valutazione" e nella risposta che precede. Essi incidono sulla capacità lavorativa della peritanda in qualità di gerente nella misura del 100%. 3) Dal profilo medico l'assicurata può svolgere altre attività adeguate? Se sì, ad esempio quali? In che misura? Con quali limiti funzionali? ad 3) Dal profilo medico, la peritanda non è in grado di svolgere alcuna attività professionale. 4) Come valuta il perito l'evoluzione dell'incapacità lavorativa (in %) dell'assicurata, nell'attività di gerente e in altre attività adeguate, dal dicembre 2004 fino ad oggi? ad 4) A nostro avviso, la capacità lavorativa della peritanda è stata nulla sin da quando così è stato certificato dalla dr.ssa _____ nel novembre del 2001. Tutti gli elementi disponibili consentono infatti di situare l'esordio dell'attuale quadro clinico, forse in forma leggermente meno grave, già prima di quella data. Un eventuale peggioramento avvenuto successivamente non ha potuto che confermare l'incapacità lavorativa (e la gravità del disturbo) allora già effettivi. Da ricordare, al proposito, che già il 28.09.2011 la dr.ssa _____ scriveva: "Visto il decorso sfavorevole prevedo una richiesta AI". 5) Concorda con le diagnosi e le capacità lavorative determinate dal Dr. _____ (medico curante) nei suoi referti del 16.06.2008/20.05.2009 e dal Dr. _____ (medico SMR) nei suoi rapporti del 24.11.2008/03.06.2009? Se no, per quali motivi? ad 5) Si veda quanto sopra. 6) Altre osservazioni? Nulla. B) PROPOSTI DALLA PARTE INTERESSATA 1) Diagnosi. ad 1) cfr. A) 1) 2) in particolare la signora PI 1 soffre di: - disturbi di attacchi di panico (ICD-10, F41.0)? - personalità istrionica (ICD-10, F60.4)? - disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline (ICD-10, F60.31)? - stato depressivo? - altro? Per ogni diagnosi, motivare la risposta. ad 2) A nostro avviso, la signora PI 1 soffre di disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline, di uno stato depressivo (sindrome depressiva ricorrente o sindrome depressiva persistente) e una sindrome da attacchi di panico con agorafobia. Abbiamo motivato le nostre diagnosi in quanto precede. La diagnosi di disturbo di personalità istrionica è invece smentita da tutti gli elementi in nostro possesso. È vero che la peritanda dà alla propria sintomatologia una certa tonalità istrionica (cura di sé, seduttività), ma questa è solo una "coloritura" e cela malamente la soggiacente fragilità strutturale. Questa, come tanto la clinica quanto anche i test dimostrano, è ben più profonda e pericolosa. 3) Evoluzione dello stato di salute della peritanda dal punto di vista psichiatrico e prognosi a medio-lungo termine. ad 3) Lo stato di salute della peritanda, dal punto di vista psichiatrico, evolve sfavorevolmente. La prognosi a medio e lungo termine è preoccupante. Siamo in presenza di un quadro clinico già cronico il cui aggravamento, purtroppo, è probabile. 4) Limitazioni funzionali derivanti dal danno psichico. 5) Conseguenze sulla capacità lavorativa. 5.1) Qual è il grado di capacità al lavoro nell'esercizio dell'attività di contabile e di centralinista in un call-center (ore/die o riduzione di rendimento). 5.2) Qual è il grado di capacità al lavoro nell'esercizio di un'attività sostitutiva adatta allo stato di salute della peritanda (ore/die o riduzione di rendimento). ad 4) e 5) Le limitazioni funzionali derivanti dal danno psichico sono molto gravi. La peritanda necessita di aiuto costante nella sua pur limitatissima attività quotidiana. Un impiego purchessia è largamente superiore alle sue forze, la sua capacità lavorativa è da considerare nella (ad 5.1) in tutte le attività menzionate. Parimenti (ad 5.2), è nulla la sua capacità di lavoro nell'esercizio di un'attività sostitutiva. 6) Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa della peritanda e suoi effetti sulla capacità di svolgere l'attività di contabile, di centralinista in un call-center e attività idonee al suo stato di salute.

ad 6) Data la gravità del quadro clinico globale, non vediamo alcuna possibilità terapeutica per migliorare la capacità lavorativa della peritanda in nessuna delle attività menzionate.

7) È possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale presso la peritanda?

ad 7) Per gli stessi motivi, riteniamo inattuabili provvedimenti di integrazione professionale." (Doc. X, pag. 28-31) 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 ch'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 "). V a inoltre 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 infine 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 – dal punto di vista diagnostico – cui è pervenuto nella propria perizia medico-giudiziaria il Dr. _____ in collaborazione con il Dr. _____, dopo avere preso in considerazione tutte le patologie di cui è affetta l'assicurata. Nella perizia giudiziaria del 28 dicembre 2011 il Dr. _____ ha indicato che PI 1 soffre di un complesso disturbo psichiatrico “ che comprende tanto un disturbo della struttura di personalità quanto disturbi ansiosi e affettivi, disturbi della condotta alimentare e di abuso di sostanze, oltre che anamnesticamente, disturbi conversivi ” ed ha posto la diagnosi principale di disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline, F60.31, oltre ad altre diagnosi debitamente motivate (cfr. consid. 2.5.). Per quanto riguarda la capacità lavorativa il perito ha indicato un'inabilità totale (100%), dal mese di novembre 2001, in ogni attività (doc. X pag. 31). Sono state in parte confermate le diagnosi del Dr. _____ del SMR, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale nei rapporti del 24 novembre 2008 e 3 giugno 2009 aveva posto la diagnosi di “ Disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline ” (doc. AI 67-1) e quella di “ Disturbo da attacchi di panico ” (doc. AI 91-1), con prognosi sfavorevole e inabilità totale dal 19 aprile 2009 (data del ricovero a _____). In parte è stata pure confermata la diagnosi del medico curante Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che indicava “ Disturbo d'attacchi di panico (ICD-10 F41.0). Personalità istrionica (ICD-10 F60.4). Stato depressivo recidivante attualmente in remissione”, e riconosceva già un'incapacità lavorativa completa dal 2004 (doc. 54-1). Il Dr. Calanchini non ha invece condiviso le valutazioni del 31 ottobre 2009 (doc. AI 112-18) e le successive precisazioni del 4 febbraio 2010 (doc. B1) del Dr. _____, spec. FMH

in psichiatria e psicoterapia. Il perito giudiziario sui referti del Dr. _____ si è così espresso: " (...) Il dr. _____ valuta la psicopatologia della peritanda in modo riduttivo: minimizza gli indizi di un disturbo borderline (che pure segnala), sottolinea come la sindrome depressiva sia "in remissione" e - ascrivendo ad essa anche gli attacchi di panico e le angosce - suggerisce implicitamente che anch'essi lo siano, senza accertarlo; interpreta poi il ritiro sociale come un "decondizionamento" che sarebbe reversibile grazie a un semplice "allenamento in senso contrario", mentre che a nostro avviso esso ha ben altra importanza e significato. Giunge così, dopo aver anticipato che "il disturbo di personalità ha soltanto un influsso irrilevante sulla capacità lavorativa", alla diagnosi di disturbo di personalità istrionico (che in effetti, da solo, potrebbe non incidere sulla CL). Ma il collega non tiene conto, nell'affermare che non si riscontrano angosce fluttuanti, del fatto che la peritanda assume importanti dosi di ansiolitici; né degli "agiti" - tra cui aggressioni ai mariti e tentativi di suicidio - ripetutamente menzionati negli atti, né dei ricoveri, né del fatto che il ritiro sociale è semplicemente una sua tardiva complicanza; interpreta come "forza" ("stenica") un atteggiamento più che altro difensivo, dettato da paura o diffidenza (dichiarata) nei suoi confronti e nega un disturbo dell'identità (cfr. esame psicologico, il particolare il "Rorschach") sulla base di una domanda in proposito rivolta all'interessata, a cui risponde negativamente - un procedimento perlomeno insufficiente. Anche il suo apprezzamento delle funzioni cognitive è troppo superficiale (per non dire inesistente), e consiste in pratica nel mettere in dubbio le espressioni del dr. _____." (doc. X, pag. 28).

2.8. Nello scritto del 16 gennaio 2012 e in quello del 7 agosto 2012 l'avv. RA 1 ha postulato, sulla base delle risultanze della perizia giudiziaria del Dr. _____, l'attribuzione di una rendita intera d'invalidità dal 1° novembre 2001. A mente del legale la precedente decisione del 18 dicembre 2003, confermata con decisione su opposizione del 7 dicembre 2004, cresciuta incontestata in giudicato, che ha negato il riconoscimento di una rendita d'invalidità, è errata e va modificata in via di riconsiderazione / revisione processuale (doc. XIII, XXXI). Al riguardo l'UAI il 18 giugno 2012 si è così espresso: " (...) L'amministrazione tiene ad evidenziare come nella sua perizia il Dr. med. Calanchini non esclude il progressivo peggioramento dello stato di salute dell'assicurata, né tantomeno prende posizione sull'aggravamento dello stato di salute stabilito dal Dr. med. Prolo nei suoi rapporti SMR del 24 novembre 2008 e del 3 giugno 2009 (stilati a seguito delle visite peritali del 24 novembre 2008 e del 29 aprile 2009). A tal riguardo, il SMR Dr. med. Prolo, chiamato ad esprimersi sull'inabilità lavorativa di Monica Borla, nella sua annotazione 18 giugno 2012 (qui di seguito allegata), alla quale la scrivente amministrazione rinvia integralmente, evidenziando la discrepanza tra quanto attestato dalla Dr. med. Colmegna nel 2001 e dalla Dr. med. Bernasconi all'inizio del 2002, considera che quanto attestato dalla Dr. med. Colmegna nell'ormai lontano 2001 non rappresenti una chiara ed univoca descrizione dello stato di salute dell'assicurata. Di conseguenza, il SMR Dr. med. Prolo - rilevando l'osservazione clinica a posteriori operata dal perito giudiziario Dr. med. Calanchini e l'assenza di un'evoluzione oggettivabile in modo univoco e inequivocabile dello stato clinico dell'assicurata dal 2001 sino alle prese di posizioni psichiatriche SMR del 2008, 2009 e 2010 - ritiene la retrodatazione della totale inabilità lavorativa di circa un decennio dell'assicurata poco verosimile. 2. Alla luce di quanto esposto, lo scrivente Ufficio AI considera l'attestata incapacità al lavoro al 100% dal 2001 al 2008 e dal 1° maggio al 31 luglio 2011 del Dr. med. Calanchini una diversa valutazione medica delle medesime circostanze fattuali espresse dal SAM il 18 ottobre 2003 e successivamente - per quel che concerne la seconda domanda di prestazioni - dal Dr. med. Prolo il 24 novembre 2008 ed il

3 giugno 2009. 3. Di conseguenza, l'UAI ritiene che il diritto alla rendita dell'assicurata sia insorto dal 1° maggio 2009. Prima di tale data – come ben risulta dalla tabella della media retrospettiva dell'8 luglio 2009 agli atti – l'assicurata non adempiva ex art. 28 cpv. 2 let. b LAI alla condizione dell'anno d'incapacità lavorativa media del 40%. (...)” (Doc. XXV)

L'art. 53 LPGA 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 LPGA, sono stati concretizzati all'art. 53 LPGA (cfr. DTF 133 V 50, consid. 4.1, pag. 52; STFA del 12 marzo 2004 nella causa D., K 147/03, consid. 5.3 in fine; STFA del 22 marzo 2004 nella causa M., U 149/03, consid. 1.2.; STFA dell'8 febbraio 2005 nella causa G., I 133/04, consid. 1.2). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può 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 (cfr. STFA I 512/05 del 3 maggio 2006, consid. 3 e riferimenti). 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 119 V 479 consid. 1b/cc e i riferimenti ivi citati). 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 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). 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 (DLA 1996/97 n. 28, p. 158 consid. 3c). Ciò è segnatamente il caso quando l'amministrazione accorda una rendita di invalidità in violazione del principio della priorità della riformazione professionale sulla rendita (STFA I 559/02 del 31 gennaio 2003). Per contro, non si è in presenza di un errore manifesto quando il versamento della prestazione dipende da condizioni materiali la cui valutazione implica un potere d'apprezzamento, in relazione a taluni aspetti o elementi, e che la decisione appare ammissibile tenuto conto della situazione di fatto e di diritto (STFA I 790/01 del 13 agosto 2003, consid. 3). Dalla riconsiderazione (o riesame) va dunque distinta la revisione processuale delle decisioni amministrative. Per analogia con la revisione processuale delle decisioni emanate dalle autorità giudiziarie, l'amministrazione è tenuta a procedere alla revisione di una decisione formalmente cresciuta in giudicato quando sono scoperti fatti nuovi o nuovi mezzi di prova atti ad indurre ad una conclusione giuridica differente (DTF 129 V 110, DTF 126 V 42 consid. 2b con rinvii; STFA C 191/02 del 15 luglio 2003; STFA I 339/01 del 29 novembre 2002). La nozione di fatti o mezzi di prova nuovi si apprezza allo stesso modo in caso di revisione (processuale) di una decisione amministrativa (art. 53 cpv. 1 LPGA), di revisione di un giudizio cantonale (art. 61 lett. i LPGA) o di revisione di una sentenza fondata sull'art. 137 lett. b OG (Plädoyer 2007/1 pag. 62 [sentenza del Tribunale

federale delle assicurazioni I 642/04 del 6 dicembre 2005]). Sono nuovi ai sensi di queste disposizioni solo i fatti già esistenti all'epoca della procedura precedente, ma che non erano stati allegati poiché non ancora noti nonostante tutta la diligenza del caso; i fatti verificatisi dopo la fine del processo, e comunque dopo il momento in cui, secondo le regole di procedura applicabili, potevano ancora essere adottati, non vanno invece considerati e non possono quindi fondare una domanda di revisione (DTF 121 IV 317 consid. 2 pag. 321; 118 II 199 consid. 5 pag. 204; 110 V 138 consid. 2 pag. 141; 108 V 170 consid. 1 pag. 171 ; Elisabeth Escher, Revision und Erläuterung, in: Thomas Geiser/Peter Münch [a cura di], Prozessieren vor Bundesgericht, 2a ed., Basilea e Francoforte 1998, n. 8.21; René A. Rhinow/Beat Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basilea e Francoforte 1990, n. 43 B I c, pag. 132). I fatti nuovi devono inoltre essere rilevanti, vale a dire devono essere di natura tale da modificare la fattispecie alla base della sentenza contestata e da condurre a un giudizio diverso in funzione di un apprezzamento giuridico corretto. Per quanto concerne i nuovi mezzi di prova, gli stessi devono servire a comprovare i fatti nuovi che giustificano la revisione oppure fatti già noti e allegati nel procedimento precedente, che tuttavia non avevano potuto venir provati, a discapito del richiedente (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358). Se i nuovi mezzi sono destinati a provare dei fatti sostenuti in precedenza, il richiedente deve pure dimostrare di non essere stato in grado di invocarli in tale procedimento. Una prova deve essere considerata concludente quando bisogna ammettere che essa avrebbe condotto il giudice a statuire in modo diverso se egli ne avesse avuto conoscenza nella procedura principale. È decisiva la circostanza che il mezzo di prova non serva solamente all'apprezzamento dei fatti, ma alla determinazione degli stessi. Non basta pertanto che in una nuova perizia siano apprezzati in modo diverso i fatti; occorrono invece elementi di fatto nuovi, dai quali risulti che il fondamento della pronunzia impugnata presentava difetti oggettivi. Per giustificare la revisione di una sentenza non basta che, dalla fattispecie conosciuta al momento dell'emanazione della pronunzia principale, il perito tragga, ulteriormente, conclusioni diverse da quelle del tribunale. Neppure costituisce motivo di revisione il semplice fatto che il tribunale potrebbe aver mal interpretato fatti conosciuti all'epoca del procedimento principale.

L'apprezzamento inesatto deve, al contrario, essere la conseguenza dell'ignoranza o della carenza di prove riguardanti fatti essenziali per la sentenza (DTF 127 V 353 consid. 5b pag. 358, 110 V 138 consid. 2 pag. 141, 291 consid. 2a pag. 293, 108 V 170 consid. 1 pag. 171; cfr. pure DTF 118 II 199 consid. 5 pag. 205). 2.9. Nel caso concreto, è vero che il perito ha ritenuto Monica Renzetti inabile al lavoro in maniera completa “ sin da quando così è stato certificato dalla dr.ssa Colmegna nel novembre 2001 ” (doc. X, pag. 29). Va comunque evidenziato che per il periodo antecedente al 2011 (i colloqui con la peritanda sono avvenuti tra il mese di settembre e dicembre 2011) il Dr. Calanchini non ha potuto effettuare di prima persona le proprie constatazioni ma ha ricostruito la situazione valetudinaria dell'assicurata sulla scorta degli atti all'incanto (vedi su questo tema la STF 9C_817/2011 del 22 maggio 2012, consid. 5.5.). Per contro, nell'ambito della domanda di prestazioni del 2002 l'insorgente era stata peritata presso il SAM dal Dr. Jaime e dalla Dr.ssa Massari, con visite ambulatoriali in data 20 e 29 ottobre 2003 (cfr. doc. AI 30-1, 30-17) e con decisione su opposizione del 7 dicembre 2004, cresciuta incontestata in giudicato, ella era stata riconosciuta abile nella misura dell'80% in attività leggere e in quelle precedentemente svolte (doc. AI 36-1; 49-1). La decisione dell'Ufficio AI del 7 dicembre 2004 non può essere dunque considerata manifestamente errata ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA. D'altra parte la perizia del Dr. Calanchini svolta nel 2011 costituisce un diverso apprezzamento dei

fatti che non permette la revisione processuale della citata decisione (cfr. consid. 2.8.). Per quanto concerne il periodo posteriore al 2004 negli atti figurano le valutazioni del SMR del 2008 e del 2009 che indicano un'inabilità al 50% dal 30 ottobre 2008 (data della visita presso il SMR) e del 100% solo dal 19 aprile 2009 (data del ricovero a Muri) (cfr. doc. AI 67-1; 90-1). Nel rapporto del 24 novembre 2008 il Dr. Prolo, ha indicato che un'attività lavorativa in cui l'assicurata possa essere riconosciuta, apprezzata e valorizzata può costituire una buona strategia d'intervento anche terapeutico. Egli poneva quindi un'esigibilità lavorativa di non più di 4½ ore dal 30 ottobre 2008, data dell'esame clinico, ma riteneva "più che probabile che la IL possa aumentare nel prossimo futuro per assenza di motivazione e conseguente cristallizzazione della sintomatologia" (doc. AI 67-4). Su questo rapporto il TCA ha interpellato il Dr. Prolo invitandolo ad indicare nel dettaglio sulla base di quali motivazioni riteneva l'assicurata abile in un'attività esigibile per non più di 4½ ore a partire dal 30 ottobre 2008 (doc. XXXIII). Il Dr. Prolo ha così risposto in data 11 settembre 2012: "(...) Rispondo sulla base del mio rapporto del 24 novembre 2008, relativo all'osservazione diretta dell'A.ta avvenuta il 30 ottobre 2008. Il rapporto era stato finalizzato circa tre settimane dopo la visita in quanto i contenuti erano stati discussi con lo psichiatra curante, dr. Ferroni di Locarno. Inoltre, l'A.ta aveva contattato telefonicamente il nostro servizio prima e dopo la visita del 30.10.2008 (vedi pagina 3 del rapporto SMR citato: "Il rapporto si basa sul colloquio con l'A.a, il colloquio telefonico con il curante, Dr. Ferroni, la lettera da questi inviata il 5.11.2008 e le telefonate fatte dall'A.ta all'AI, prima e dopo la visita del 30.10.2008". La mia conclusione era la seguente: "Un'attività lavorativa in cui l'A.ta possa ritenersi riconosciuta, apprezzata, valorizzata può costituire una buona strategia di intervento, anche terapeutico. Purtroppo il tempo sempre più lungo di lontananza da un'attività lucrativa stabile, tranne il breve periodo in Swisscom, non rappresenta un elemento prognostico valetudinario favorevole. Infatti, a differenza della perizia SAM del 2003, si può ritenere l'A.ta abile in un'attività esigibile medico-teorica non più di 4 ½ ore in intera giornata dal 30.10.2008. Visti gli insuccessi precedenti, è più che probabile che la IL possa aumentare nel prossimo futuro per assenza di motivazione e conseguente cristallizzazione della sintomatologia". In altre parole definivo un ambito di attività adeguate esigibile e solamente in quelle condizioni l'A.ta era da ritenersi abile non più di 4 ½ ore in intera giornata dal giorno della visita SMR. Assumevo come data la data della visita giacché non erano presenti in dossier informazioni oggettive o oggettivabili relative a un'attività esigibile come da me descritta e discussa sia con l'A.ta sia con lo psichiatra curante, che premettessero di esprimersi diversamente. L'inabilità lavorativa 100% certificata dal dr. Ferroni a partire dal 2004 non è in contrasto con quanto sopra scritto: infatti, il dr. Ferroni si riferisce all'attività abituale di gerente, mentre io mi riferisco ad un'attività adeguata esigibile medico-teorica" (doc. XXXIV bis, la sottolineatura è del redattore). In effetti, il medico curante Dr. Ferroni nel rapporto del 16 giugno 2008 aveva indicato un'inabilità completa (100%) dal 2004 nell'ultima attività esercitata con possibilità di valutare provvedimenti professionali (doc. AI 54-1/3). Nello scritto del 5 novembre 2008 il Dr. Ferroni ha poi rilevato un peggioramento del quadro clinico (doc. AI 66-1). Quindi, nel rapporto del 3 giugno 2009 il Dr. Prolo ha giustificato l'aumento dell'inabilità lavorativa dal 50% al 100% con il ricovero dell'assicurata presso il Kreisspital für das Freiamt di Muri il 19 aprile 2009 (doc. AI 87-5, 90-1). Da parte sua, il perito Dr. Calanchini nella sua valutazione del 28 dicembre 2012 pur criticando l'inabilità lavorativa del solo 20% ha evidenziato la "pregevole descrizione del funzionamento mentale della peritanda" e ritenuto "abbastanza condivisibile" la valutazione dei colleghi del SAM (Dr. Jaime e

Dr.ssa Massari) ed ha precisato come sia “ possibile che quanto da noi osservato sia una condizione peggiore rispetto alle constatazioni dei periti e dei curanti che ci hanno preceduto ” (doc. X, pag. 27). Nell’annotazione del 18 giugno 2012 il Dr. Prolo ha precisato che “ le informazioni risalenti al 2001 (...) non presentano una chiara e univoca descrizione di status e non consentono di prendere una posizione oggettiva o oggettivabile nel senso di stabilire, in modo almeno verosimile, che lo stato di salute descritto allora sommariamente dalla dr.ssa Colmegna rispecchia, quanto a conseguenze sull’inabilità lavorativa quanto osservato direttamente all’SMR il 30 ottobre 2008 e il 29 aprile 2009 con relative conclusioni. In conclusione, non è verosimile una retrodatazione d’inabilità lavorativa di circa un decennio sulla base di un’osservazione clinica a posteriori e in assenza di un’evoluzione oggettivabile in modo univoco e inequivocabile dello stato clinico dal 2001 fino alle prese di posizione psichiatriche SMR del 2008, 2009, 2010 ” (doc. XXV bis). In simili condizioni questo Tribunale deve concludere che la valutazione del Dr. Calanchini non presta il fianco a critiche per quanto concerne il periodo di tempo posteriore al 19 aprile 2009, dove sia il perito giudiziario che il medico del SMR hanno attestato un’inabilità lavorativa totale (100%). Per contro, per il periodo antecedente non vi è motivo per scostarsi dalle valutazioni del SAM del 2003 e quelle del SMR del 2008 e 2009 che risultano maggiormente attendibili anche in considerazione delle ulteriori spiegazioni fornite dal medico del SMR, Dr. Prolo e dalle certificazioni del medico curante (doc. XXXIV bis). L’amministrazione, nella presa di posizione del 18 giugno 2012 in risposta allo scritto del TCA del 24 maggio 2012, ha ricondotto l’inizio del diritto al quarto di rendita al 1° maggio 2009 facendo riferimento alla valutazione del SMR e alla tabella con il calcolo della media retrospettiva (doc. XX, XXV+bis, doc. AI 96-1). Alla luce di quanto appena esposto il TCA ritiene corretta l’attribuzione di un quarto di rendita d’invalidità a far tempo solo dal 1° maggio 2009 e una rendita intera dal 1° agosto 2009 (tre mesi dopo il peggioramento ai sensi dell’art. 88a cpv. 2 OAI). In precedenza infatti l’assicurata non adempiva alle condizioni dell’art. 28 cpv. 2 lett. b LAI (incapacità al lavoro almeno del 40% in media durante un anno). La decisione del 12 novembre 2009 deve dunque essere confermata. 2.10. In data 2 aprile 2010 il patrocinatore di Monica Renzetti aveva chiesto di essere posto al beneficio dell’assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. XXV). Visto l’esito favorevole del ricorso, l’assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte della RI 1 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 del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.). 2.11. 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 della RI 1.

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