

TI_GERICHTE 32.2013.57 vom 28. Juni 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-06-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.57

FR: TI_GERICHTE 32.2013.57 du 28 juin 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2013.57 del 28 giugno 2012

Regeste

Ricorso di un istituto di previdenza contro una decisione dell'Ufficio AI che non l'è stata notificata. Protezione della buona fede per quanto riguarda la tempestività del ricorso. Questione lasciata aperta poiché nel merito il ricorso andava comunque respinto. Conferma della perizia psichiatrica

Erwägungen

E. 4

Per quel che concerne la tempestività del ricorso, la scrivente amministrazione non è in grado di accertare il momento della ricezione da parte dello spettabile istituto di previdenza RI 1 della decisione 28 giugno 2012. In considerazione del fatto che alla ricorrente non è stata data copia del provvedimento impugnato, l'UAI chiede tuttavia che controparte indichi le modalità di ricezione della citata decisione d'attribuzione rendita. A titolo abbondanziale, l'Ufficio AI - sebbene conscio che la Cassa di compensazione e l'istituto di previdenza hanno personalità giuridica autonoma - rileva di aver inviato in un primo tempo le motivazioni e la delibera (cfr. scritto UAI 19 aprile 2012, delibera 6 settembre 2011 e motivazioni; doc. 54, 32 e 55 incarto AI) alla Cassa di compensazione RI 1. Il citato assicuratore LPP - con scritto 30 aprile 2012 (doc. 56 incarto AI) - ha poi girato per competenza la pratica alla Cassa _____ . (...) " (doc. V) Invocando il principio della buona fede, con osservazioni 29 agosto 2013 l'Ufficio AI è del parere che la Cassa pensioni ricorrente avrebbe potuto chiedere l'intimazione della decisione 28 giugno 2012 ben prima del mese di febbraio 2013. PI 1, da ultimo, sostiene che almeno dal mese di ottobre 2012 la ricorrente avrebbe dovuto sapere dell'esistenza della decisione dell'Ufficio AI, poiché con scritto 22 ottobre 2012, respingendo la richiesta di erogazione di una rendita LPP, aveva fatto riferimento al diritto di rendita AI dal 1° settembre 2011 (doc. IV/3). 2.4. Secondo l'art. 49 cpv. 3 ultima frase LPGA la notifica irregolare di una decisione non deve provocare pregiudizi per l'interezzato (cfr. anche artt. 38 PA e 107 cpv. 3 OG in vigore sino al 31 dicembre 2007 e art. 49 LTF; DTF 111 V 150; RCC 1991 pag.393). La notifica irregolare di una decisione – ad eccezione dell'assenza totale di notifica (Rhinow/Koller/Kiss, *öffentliches Prozessrecht und Justizverfassungsrecht des Bundes*, 1996, n. 380s; DTF 129 I 364, 122 I 97) – non comporta in sé la nullità della stessa con la conseguenza che il termine per impugnarla non inizia a decorrere (DTF 122 V 194, 122 I 97, 111 V 150; STFA 6 maggio 2003 nella causa R. [I 565/2002], 13 febbraio 2001 nella causa E. [C 168/00]). In una sentenza del 21 febbraio 2008 nella causa concernente M. (I 935/06), il TF ha sviluppato la seguente considerazione (cfr. anche STF 8C_216/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3.1; la sottolineatura è del redattore): " 3.3 Secondo la giurisprudenza, la notificazione irregolare di una decisione non deve comportare pregiudizio alla parte legittimata alla sua impugnazione; per lei il termine di ricorso inizia a decorrere solo dalla

conoscenza effettiva della decisione (DTF 118 Ia 46 consid. 2a pag. 49 con riferimenti). Ciò non significa tuttavia che l'interessata può differire a piacimento il suo intervento: il principio della buona fede le impone di informarsi dell'esistenza e del contenuto di un atto che la riguarda, non appena ne sospetti l'esistenza, pena il rischio di vedersi opporre l'irricevibilità del gravame per tardività (DTF 107 Ia 72 consid. 4a pag. 76; 102 Ib 91 consid. 3 pag. 93 seg.). Una decisione cresce così in giudicato solo se il destinatario o la persona legittimata a impugnare l'atto resta inattivo/a durante un periodo di tempo corrispondente al termine di ricorso, aumentato del tempo ragionevolmente necessario per informarsi della situazione (sentenza 6A.100/2006 del 28 marzo 2007, consid. 2.2.2)." 2.5. Ritornando al caso in esame, con scritto 21 agosto 2013 la Cassa pensioni ha ribadito che l'Ufficio AI non le ha notificato la decisione 28 giugno 2012 (XVI). Del resto, dall'ultima pagina della decisione non risulta che la stessa sia stata inviata in copia alla ricorrente. Come rettamente sostenuto dalla Cassa ricorrente, in caso di mancata notifica della decisione AI la stessa non è vincolante per la cassa pensioni (DTF 132 V 1, 132 V 74). Ciò non è tuttavia rilevante ai fini dell'accertamento della tempestività del presente ricorso. PI 1 – facendo riferimento allo scritto 22 ottobre 2012 inviato dalla Cassa pensioni –, sostiene che almeno dal mese di ottobre 2012 quest'ultima doveva sapere della decisione AI. Con il citato scritto la ricorrente aveva fatto presente all'assicurata: " Gentile Signora PI 1, Abbiamo esaminato la vostra richiesta concernente la rendita d'invalidità. L'art. 23 della legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità cita: Hanno diritto alle prestazioni d'invalidità le persone che, nel senso dell'AI, sono invalide per almeno il 40 ed erano assicurate al momento in cui è sorta l'incapacità lavorativa la cui causa ha portato all'invalidità. Dal 1° settembre 2011, dopo una proroga di 360 giorni, l'Assicurazione federale d'invalidità vi accorda una rendita integrale. Nel referto medico del 26. novembre 2011 del nostro medico di fiducia il Dr. med. _____ è indicato che la dipendenza dell'alcol è il problema primario, in più ancora esistente nel periodo del controllo (screening dell'alcol). I medicinali prescritti tramite i medici non erano assunti come dovuto (Screening medicinali). Secondo l'ATF 99 V 28 ff la dipendenza dell'alcol contemplato per se stesso non è una ragione per un'invalidità nel senso della legge. Una disintossicazione e astinenza dell'alcol, contemporaneamente la continuazione delle terapie psicologica e l'assunzione corretta dei medicinali è inevitabile. Se doveste avere diritto ad una rendita d'invalidità da un'altra cassa pensione, siamo costretti a versare il vostro capitale di vecchiaia a quest'ultima. Se nessuna prestazione di un'altra cassa pensione viene accordata, avete la possibilità di lasciare il capitale di vecchiaia presso la nostra fondazione di previdenza o di richiedere il versamento in contanti. Vi preghiamo di riempire il modulo allegato in base alla vostra situazione e di ritornarcelo." (Sottolineatura del redattore; doc. IV/3). Orbene, alla luce del succitato scritto, parrebbe sostenibile ritenere che la Cassa pensioni avrebbe potuto, rispettivamente dovuto, attivarsi presso l'assicurata o direttamente presso l'Ufficio AI, in particolare dopo il progetto di decisione 6 settembre 2011 (intimato alla ricorrente, la quale ha reagito con le osservazioni 30 novembre 2011; cfr. doc. 42), per accertare se effettivamente l'amministrazione avesse definitivamente statuito sul diritto alla rendita. Gli accertamenti eseguiti dal TCA non hanno permesso di stabilire la data d'inoltro della richiesta di prestazioni previdenziali da parte dell'assicurata, tantomeno se a tale richiesta era allegata, per ipotesi, la decisione 28 giugno 2012. Difatti, con lettera 16 settembre 2013 PI 1 ha fatto presente che "non dispone della richiesta scritta di rendita LPP inoltrata alla RI 1" (XXII). Infine, nell'ipotesi in cui si ammettesse – con riferimento al summenzionato scritto del 22 ottobre 2012 – che la Cassa pensioni avrebbe dovuto sapere

della decisione a partire da ottobre 2012, ci si potrebbe chiedere se un lasso di tempo di quasi quattro mesi per inoltrare ricorso sia da intendere quale tempo ragionevole ai sensi della giurisprudenza citata al considerando precedente. La questione a sapere se e quando la Cassa pensioni avrebbe dovuto e potuto venire a conoscenza dalla decisione del 28 giugno 2012, prima del 19 febbraio 2013, può tuttavia rimanere aperta ritenuto che, come verrà detto nei prossimi considerandi, il ricorso dev'essere comunque respinto nel merito. Nel merito 2.6. Oggetto del contendere è sapere se l'assicurata ha diritto ad una rendita d'invalidità. 2.7. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGa, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag.1411, n. 46). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag.1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag.84) . 2.8. Nel caso in esame, l'assicurata è stata peritata la prima volta dal _____ l'8 agosto 2011. Nel relativo rapporto 19 agosto 2011; doc. AI 26) i periti, dopo aver proceduto alla consueta anamnesi, hanno diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave senza sintomi psicotici (ICD 10: F33.2). Nell'ambito della discussione dei dati soggetti ed oggettivi, i periti del _____ hanno in particolare evidenziato: " Per quanto concerne le diagnosi possiamo confermare quella di sindrome depressiva ricorrente (attualmente episodio depressivo grave) in presenza di un probabile disturbo della personalità emotivamente instabile e di un abuso etilico secondario massiccio e saltuario. La diagnosi principale risulta quindi essere quella di sindrome depressiva ricorrente su una fragilità di base legata ad un probabile disturbo della personalità ed il consumo di etile risulta secondario ed assume il significato di automedicazione. Attualmente non è possibile esigere dall'assicurata l'astensione dal consumo di alcool in quanto essa si presenta in condizioni psichiche preoccupanti e, durante il colloquio, ha chiesto, in accordo con lo psichiatra curante Dr. _____, di poter essere

nuovamente ricoverata presso la Clinica _____ di _____. Vista la capacità di chiedere aiuto prima di ricorrere, come già fatto in 2 occasioni, a gesti autolesivi, a nostro avviso il ricovero andrebbe effettuato in tempi brevi. La situazione sarà quindi da rivalutare dopo la dimissione e al più tardi entro 12-18 mesi. Lo stesso dicasi per quanto concerne la possibilità di concretizzare provvedimenti terapeutici finalizzati a migliorare la capacità lavorativa dell'assicurata. Quanto finora descritto e discusso ci permette di considerare l'assicurata inabile al lavoro nella misura dell'80% (come riduzione dell'orario di lavoro) a partire dal mese di settembre 2010 (da questa data in poi si sono resi necessari un ricovero presso la Clinica _____ di _____ e due presso la _____ di _____; nonostante i medesimi le condizioni psichiche dell'assicurata sono tuttora molto precarie e richiedono un'ulteriore degenza). Tale inabilità risulta presente per qualsiasi attività compresa quella di casalinga. I limiti funzionali sono dettati dal grave stato depressivo e riconducibili ad una marcata riduzione delle risorse energetiche, ad una preoccupante tendenza all'isolamento sociale, alla difficoltà nelle relazioni con le altre persone, alla diminuzione della memoria e della concentrazione, alla grave astenia diurna, ai disturbi del sonno, agli importanti stati d'ansia, all'incapacità di proiettarsi positivamente nel futuro, all'ideazione suicidale presente, alla riduzione della motivazione, all'incapacità di provare piacere nelle attività che normalmente ne procurano, all'impulsività ed alla diminuzione della spinta volitiva." (doc. AI 26/7) Per contro, la ricorrente ha affidato un mandato peritale al dr. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia. Nel rapporto 26 novembre 2011 il citato specialista, discostandosi dalla perizia del _____, ha in primo luogo diagnosticato una sindrome depressiva di grado lieve-medio, sostenuto l'abuso alcolico come primario rispetto alla patologia psichiatrica e ritenuto che i fattori sociali abbiano un'incidenza di ca. il 50% sulle limitazioni psichiatriche e che l'assicurata non assume i medicinali in maniera corretta (doc. AI 42). Su richiesta da parte della specialista in psichiatria e psicoterapia del SMR, dr.ssa _____, con scritto 23 dicembre 2011 il _____ ha preso posizione in merito alla valutazione del dr. _____ (doc. AI 46). In data 2 febbraio 2012 il _____ ha visto un'altra volta l'assicurata, confermando, con rapporto 17 febbraio 2012, la precedente valutazione peritale (doc. AI 49). Infine, con scritto 6 aprile 2012 i periti hanno dato seguito alla richiesta di delucidazioni della dr.ssa _____ (doc. AI 52). Con il presente ricorso la Cassa pensioni ricorrente ribadisce le sue sospese critiche alla valutazione extra-somatica operata dall'Ufficio AI. 2.9. 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. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 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 questi 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, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 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 I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b). 2.10.

Esaminati gli atti, questo TCA non può che confermare la validità delle perizie _____ per i seguenti motivi. Occorre in primo luogo ricordare che l'assicurata è portatrice di una sindrome depressiva ricorrente. Al riguardo va evidenziato che il Tribunale amministrativo federale, in una sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008 in materia di prestazioni AI per assicurati residenti all'estero, dopo avere rilevato che la patologia psichiatrica che affliggeva l'assicurato (sindrome depressiva di gravità medio grave) era caratterizzata da fasi di quiescenza e fasi di riattivazione, ha ritenuto non sufficientemente probante la valutazione psichiatrica peritale eseguita da uno specialista in psichiatria, fondata su un unico colloquio anziché, come sarebbe stato più opportuno, estendersi su di un periodo di tempo più lungo, con colloqui approfonditi ed accompagnata dall'esecuzione di test indicativi e da un'attenta analisi delle dichiarazioni del paziente, giurisprudenza fatta propria anche da questo Tribunale (cfr. STCA 32.2012.92 del 1° ottobre 2012, 32.2011.200 del 19 gennaio 2012, 32.2010.308 del 19 maggio 2011 e 32.2010.137 del 21 marzo 2011). Nel caso in esame, come detto al consid. 2.8, l'assicurata è stata peritata due volte l'8 agosto 2011 ed il 2 febbraio 2012, quindi in un lasso di tempo sufficientemente lungo per poter avere un'evoluzione attendibile della patologia extrasomatica in parola. Nel rapporto 17 febbraio 2012 il _____ ha concluso: "(...) Pur considerando le inevitabili oscillazioni del tono dell'umore legate alla diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, il secondo incontro con l'assicurata ci permette di confermare le conclusioni della nostra perizia psichiatrica dell'08.08.2011. Il dosaggio ematico dei farmaci e il CDT (vedi allegati) confermano l'assunzione regolare del valproato e, al bisogno, delle benzodiazepine. Confermata anche l'assunzione saltuaria di etile." (doc. 49/3) Nel complemento peritale 6 aprile 2012 i periti hanno ribadito che " durante il secondo incontro con l'assicurata citata a margine (2.02.2012) avevamo confermato un quadro clinico sovrapponibile a quello da noi

già evidenziato nella precedente perizia e riconducibile ad una sindrome depressiva ricorrente, episodio grave senza sintomi psicotici ” (sottolineatura del redattore; doc. AI 52/1). Certo, è possibile che, come precisato dal _____ nello scritto 23 dicembre 2011 (doc. AI 46), al momento della valutazione 28 novembre 2011 del dr. _____ l'assicurata presentava una minor gravità della sintomatologia depressiva e che "... questo conferma la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente che prevede appunto delle oscillazioni del tono dell'umore nel tempo e anche periodi di remissione e non è quindi in contraddizione con la stessa diagnosi (episodio grave senza sintomi psicotici) da noi posta nella perizia psichiatrica dell'08.08.2011"; i periti hanno tuttavia precisato che "... la gravità del quadro clinico è confermata dalle due degenze presso la Clinica _____ di _____ (dal 02. al 18.09.2009 e dal 16. al 27.09.2010) e dal ricovero presso la _____ di _____ (dal 24.02. al 28.03.2011; seconda ammissione) ".

Determinante è che la gravità della componente psichica che è stata nuovamente accertata dal _____ in occasione della seconda perizia (cfr. doc. AI 49). La Cassa pensioni ricorrente sostiene come non sia stato esaminato l'aspetto dell'abuso di alcol. Occorre qui ricordare che, conformemente alla giurisprudenza del TFA l'alcolismo, l'abuso di medicinali e la tossicodipendenza non possono di per sé motivare un'invalidità ai sensi della legge. L'assicurazione AI ne tiene conto solo se la dipendenza ha provocato una malattia (o un infortunio) in seguito alla quale o per cui l'assicurato ha subito un danno alla salute fisica o mentale che riduce la capacità al guadagno, o se la dipendenza stessa risulta da un tale danno con valore di malattia (DTF 124 V 265, consid. 3c pag. 268 e STF 9C_395/2007 del 15 aprile 2008 consid. 2 con riferimenti). Nel caso concreto, al riguardo, si fa riferimento a quanto esposto dal _____ nelle delucidazioni peritali del 6 aprile 2012: " (...) Per quanto concerne l'abuso di etile, siamo tenuti a stabilire se esso sia primario o secondario. Il dosaggio ematico del CDT da noi eseguito ha evidenziato valori diminuiti in maniera importante rispetto al dosaggio eseguito in precedenza dallo psichiatra Dr. _____. Questo conferma la diminuzione del consumo di etile; il grave stato depressivo tuttavia persiste. La sintomatologia depressiva risulta quindi indipendente dal consumo di alcool ed è rimasta invariata nonostante la diminuzione del consumo. Si può quindi ragionevolmente ritenere che l'assunzione di etile rappresentasse un'inadeguata automedicazione e non fosse una patologia primaria con ripercussione sulla capacità lavorativa. In conclusione, risulta essere invalidante e con notevoli ripercussioni sulla capacità lavorativa il grave stato depressivo che permane nonostante l'importante diminuzione del consumo di etile. Questo palesa come la sintomatologia psichiatrica non sia determinata dal consumo di alcool bensì il medesimo assuma un significato di inadeguata automedicazione dell'importante sofferenza interiore." (doc. 52/1) Il medico di fiducia della Cassa pensioni sostiene che i fattori psicosociali hanno un peso del 50% sugli impedimenti riscontrati nell'assicurata. Secondo giurisprudenza tali fattori non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (STFA I 681/03 del 13 luglio 2004, consid. 4.2 e I 404/03 del 23 aprile 2004 consid. 6.2, entrambe, a loro volta, si riferiscono alla sentenza I 129/02, del 29 gennaio 2003 consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). Al riguardo, nel già citato scritto 23 dicembre 2011 i periti del _____ hanno specificato: " (...) I fattori psicosociali hanno senz'altro avuto un ruolo nel favorire l'insorgenza della sindrome depressiva nel senso che hanno agito su un terreno fertile (personalità fragile) determinando delle dinamiche inconsue che hanno gradualmente fatto emergere un'ingravescente sintomatologia depressiva poi resasi indipendente dal contesto psicosociale scatenante. Per quanto

concerne la supposta assunzione incongrua dei medicinali ci permettiamo di fare due osservazioni: innanzitutto è possibile che il dosaggio ematico dei medesimi sia alterato proprio dal consumo di etile che notoriamente determina un'induzione dei sistemi enzimatici microsomiali epatici (citocromo P450). Del resto proprio lo stato depressivo, in presenza di una mancanza di progettualità, di una riduzione della motivazione e dello slancio vitale, può portare la persona sofferente a trascurarsi, in generale e nella cura della propria persona, ma anche non assumendo i farmaci prescritti." (doc. AI 46/1-2) Infine, in merito all'adeguatezza della cura nelle delucidazioni 6 aprile 2012 si legge: "(...) In merito all'adeguatezza della terapia ricordiamo innanzitutto che in precedenza l'assicurata è già stata trattata con antidepressivi senza tuttavia beneficiare di un miglioramento delle condizioni psichiche. Lo psichiatra curante Dr. _____ ha quindi optato per uno stabilizzante del tono dell'umore che non ha comunque portato ad un miglioramento del quadro clinico. Il medesimo viene assunto regolarmente dall'assicurata come dimostrato dal dosaggio ematico. Questa situazione conferma la regolare assunzione della terapia psicofarmacologica e, al tempo stesso, una resistenza nei confronti della terapia psicofarmacologica. Reintrodurre un antidepressivo in terapia, visti i precedenti tentativi falliti, con grande probabilità non porterebbe ad un miglioramento del disagio psichico e non ci sarebbe quindi alcun beneficio in termini di capacità lavorativa." (doc. AI 52/1) Pertanto, dal momento che il miglioramento osservato dal dr. _____ non può essere confermato (cfr. al riguardo le annotazioni 10 aprile 2012 della dr.ssa _____; doc. AI 53), visto inoltre come i periti del _____ hanno dettagliatamente preso posizione – in maniera convincente – sugli aspetti controversi sollevati da parte del medico di fiducia della ricorrente, alle perizie 19 agosto 2011 e 17 febbraio 2012 va conferita forza probatoria piena. È quindi da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che l'assicurata è inabile al 20% in qualsiasi attività. Infine, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di una perizia giudiziaria richiesta dalla ricorrente. Al riguardo, va fatto presente che se 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). 2.11. La Cassa pensioni ricorrente rileva come non sia stata eseguita una valutazione dal profilo d'integrazione professionale. Al riguardo va ricordato che nell'ambito dell'assicurazione invalidità vige il principio della priorità della riforma professionale sulla rendita (art. 16 LPGA) : di conseguenza, l'attribuzione di una rendita d'invalidità entra in linea di conto solo qualora non siano attuabili provvedimenti d'integrazione (DTF 123 V 271). Nel caso di una domanda di rendita l'amministrazione deve quindi dapprima accertare d'ufficio la questione della reintegrazione dell'assicurato nel circuito economico (DTF 126 V 243 consid. 5; 121 V 190; 108 V 212 seg.). In concreto, l'esame integrativo è stato fatto solo successivamente alla pronuncia impugnata. Nel rapporto 22 aprile 2013 il consulente in integrazione

professionale ha rilevato: " Nel caso specifico mi ritrovo oggi a svolgere una valutazione atta a verificare le risorse presenti dal lato professionale. Seppur la prassi non sia stata corretta, concordo che le risorse che l'assicurata poteva investire al momento della valutazione medica erano molto limitate, tali da condizionare qualsiasi progetto di reintegrazione o di aiuto al collocamento. L'assicurata è priva di una formazione professionale di base e non ha diritto a provvedimenti di tipo professionale. Gli impedimenti di tipo medico sono molto elevati e quindi non c'è nemmeno il presupposto di proporzionalità determinato nelle circolari (4022 - 4010 CMRP). Per verificare se ad un anno di distanza dalle ultime prese di posizione, ci fosse un cambiamento dello stato di salute ho contattato lo psichiatra curante dr. _____, che indica che la sua paziente è appena rientrata da un'ennesima ospedalizzazione e in questo momento è difficile fare una prognosi. Lo stato di salute è talmente fragile che il tutto potrebbe essere rapidamente compromesso. Non ritengo pertanto utile procedere con un aiuto al collocamento che nel caso specifico non porterebbe ad un'occupazione duratura nel tempo. Ritengo opportuna la scelta del SMR di lasciare alla signora, che presenta un grado di CL del 20%, la possibilità di svolgere delle attività semplici e ripetitive relative alla tabella Ta1 4.2, come guadagno accessorio spendibile in un prossimo futuro. Qualora lo psichiatra curante verificasse che ci sia una stabilizzazione della situazione ci informerà per l'applicazione di misure di reinserimento nell'interesse di tutte le parti." (doc. V/bis) In conclusione, visto quanto sopra, rettamente l'Ufficio AI ha riconosciuto alla ricorrente una rendita intera, motivo per cui la decisione contestata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.12. 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 del ricorso, le spese per fr. 500.-- sono a carico della ricorrente. Inoltre, a _____, chiamata in causa e rappresentata da un legale, che ha postulato la reiezione del gravame, deve essere riconosciuta un'indennità di fr. 1'000.-- (IVA inclusa) a titolo di ripetibili, da porre a carico della ricorrente (Zünd, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgesicht des Kantons Zürich, Zurigo 1999, § 34 N. 3 pag. 239 con riferimenti; in ambito art. LAVS 52 cfr. STFA 204/00 del 26 agosto 2002, consid.

E. 6

e STFA K 8/06 del 10 luglio 2006, consid. 7).

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