

TI_GERICHTE 32.2014.70 vom 15. April 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-04-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.70

FR: TI_GERICHTE 32.2014.70 du 15 avril 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.70 del 15 aprile 2014

Regeste

Riduzione del grado d'invalidità in seguito al miglioramento dello stato di salute (sindrome depressiva ricorrente). Rinvio degli atti all'amministrazione affinché esegua una nuova perizia su un periodo di tempo più lungo

Erwägungen

E. 2

Conclusioni Per quanto attiene la capacità lavorativa ritengo che nell'attività abituale ed in attività confacenti vi sia una incapacità sul piano prettamente psichiatrico del 60%. In qualità di casalinga residua invece, a mio avviso, una capacità del 60%. Vista la lunga durata del disturbo e l'assenza di periodi liberi da sintomatologia depressiva per la comorbidità con il disturbo di personalità, anche se attualmente ci troviamo in presenza di un episodio depressivo lieve, è verosimile che si possano presentare ancora nuovi episodi di maggiore gravità con periodi di inabilità anche superiore. La limitazione della capacità è da considerarsi sul numero di ore lavorate piuttosto che sul rendimento. Ritengo pertanto che, stante il quadro clinico ed anche dalla valutazione attraverso il mini-ICF, il funzionamento globale dell'assicurata e, consequenzialmente, anche la capacità lavorativa appaiano influenzati negativamente soprattutto per quanto riguarda la persistenza, la flessibilità e l'interazione nel gruppo oltretutto il giudizio, dal momento che spesso non appare in grado di comprendere le situazioni, di trarne le corrette conclusioni e di agire di conseguenza. Sul piano prognostico, oltre ad un monitoraggio dell'adesione alla terapia farmacologica anche per limitare la frequenza e intensità degli episodi depressivi, un riallenamento al lavoro potrebbe limitare la disabilità sul piano della flessibilità e dell'organizzazione dei compiti, meno sul piano del giudizio e della persistenza. Pertanto ci si attende che un siffatto provvedimento, se ritenuto attuabile dal consulente per l'integrazione dovrebbe tenere conto dei limiti e delle potenzialità dell'assicurata. In particolare si ritiene che ella sia in grado di fare un lavoro strutturato, a mansioni semplici per un tempo ridotto; l'ambiente dovrebbe essere a bassa conflittualità, eventualmente anche a contatto con il pubblico, anche se la professione di barista potrebbe riaccendere la attualmente sopita tendenza al potus; il gruppo in cui potrebbe essere inserita dovrebbe essere abbastanza piccolo e tollerante, meglio se in orari compatibili con quelli scolastici della figlia minore. Ritengo opportuno, viste anche le recenti certificazioni di episodio depressivo grave da parte della curante, far decorrere la suddetta incapacità a partire dall'attuale valutazione peritale." (doc. AI 97-12)

Il 5 novembre 2013 il medico SMR, dr. med. _____, FMH medico generalista, SIM attestato medico perito, SGV attestato medico fiduciario, ha confermato l'incapacità lavorativa al 60% dal novembre 2013 (doc. AI 98-2). Il 13 febbraio 2014 la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, curante dell'insorgente, ha ribadito che lo stato di salute dell'interessata non è migliorato ma è rimasto costante nel tempo (doc. AI

107-1). In particolare l'insorgente ha sviluppato episodi depressivi medio-gravi (con idee deliranti di persecuzioni), taluni con sintomi psicotici, alternati a episodi depressivi lievi. La specialista ha precisato che " negli anni le componenti dell'impulsività e quella del potus sono migliorate mentre permane la componente rivendicativa che la mette spesso in condizione di suscitare negli altri e nelle istituzioni delle reazioni di allontanamento alimentando un circolo vizioso negativo. Non ho l'impressione di un disturbo di personalità istrionico quanto di un disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo Borderline ben più grave nelle conseguenze adattative sociorelazionali " (doc. AI 107-1). La curante, dopo aver nuovamente visitato l'interessata ha giudicato la " patologia psichiatrica di cui soffre grave ed importante: sindrome depressiva ricorrente (ICD 10 F 33) mai in remissione, associata ad un disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo Borderline (ICD-10 F60.31) e ad una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), con disadattamento sociale " ed ha aggiunto che " durante questi anni non ho mai intravisto una possibilità di recupero della capacità lavorativa. Ritengo che non sia in grado di lavorare se non per un tempo molto ridotto che quantificherei al massimo, come già detto, del 10%-20% in ambienti che non la esponano al contatto con gli altri, con cui entrerebbe facilmente in contrasto per gli aspetti personologici . Per quanto riguarda la capacità lavorativa ritengo quindi che non sia solo una quantificazione diversa della percentuale di incapacità, che io personalmente ritengo dell'80% in ogni professione, ma una diversità delle diagnosi che con le conseguenti limitazioni psicologiche e mentali influiscono sulla stessa " (doc. AI 107-2). Il 31 marzo 2014 il dr. med. _____ e la dr.ssa med. _____ del CPAS hanno preso posizione affermando: " (...) Per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, ho riportato la diagnosi di disturbo istrionico di personalità prevalentemente per sottolineare gli aspetti di stile impressionistico e la forte suggestibilità rilevati all'anamnesi ed all'esame psichico. Come sottolineato in perizia la diagnosi di disturbo istrionico di personalità mi sembra maggiormente indicata dal momento che mancano agiti autolesivi, sentimenti cronici di vuoto o crisi abbandoniche tipiche del disturbo emotivamente instabile; questo tuttavia non appare essere molto rilevante ai fini della capacità lavorativa dal momento che si tratta di un disturbo di personalità che peraltro attiene allo stesso cluster del disturbo emotivamente instabile e non è certamente meno limitante della diagnosi espressa dalla curante. Di fatto invece appare confermata con influsso sulla capacità lavorativa sia la sindrome depressiva ricorrente sia la sindrome somatoforme. Il diverso apprezzamento, nel corso della valutazione peritale è relativo alla intensità dell'episodio attuale (ottobre 2013) che soddisfaceva i criteri per una diagnosi di episodio depressivo lieve. Come sottolineato in perizia tuttavia, l'andamento descritto negli ultimi anni " è verosimile che si possano presentare ancora nuovi episodi di maggiore gravità con periodi di inabilità anche superiore ". Pertanto è possibile che attualmente, come descritto e certificato dalla curante, siamo di fronte ad un episodio depressivo di grado medio e quindi potenzialmente con un grado di inabilità maggiore di quello rilevato. Infatti la Dr.ssa _____ sottolinea come attualmente la diagnosi sia di episodio depressivo medio, non facendo quindi una differente valutazione rispetto alla mia precedente diagnosi quanto sottolineando un aggravamento avvenuto successivamente alla valutazione peritale. Sottolineo tuttavia alcuni aspetti che mi sembrano importanti ai fini della capacità lavorativa che invece risulta differentemente apprezzata dalla curante. Il primo che, come scritto in perizia, è necessario anche un adeguamento posologico ed un monitoraggio della compliance dal momento che solo il Pregabalin appariva nel range terapeutico. Inoltre avevo sottolineato come, sul piano del giudizio e della persistenza, vi fosse una disabilità

grave e scarsamente sensibile a modificazioni e che determinava la gran parte della IL in ogni attività; ancora avevo sottolineato che vi era anche una certa quota di incapacità nel ruolo di casalinga (40%). Nel descrivere le risorse residue e la capacità di adattamento affermavo che: "(...)", indicando quindi una serie di limitazioni alla attività lavorativa e per un tempo ridotto del 40%. Infine, mi permetto di sottolineare come in ambito di revisione il perito deve fare riferimento al quadro descritto nella precedente valutazione, segnatamente quella del Dr. _____ del 2004 che descriveva un quadro non sovrapponibile a quello apprezzato nell'ottobre scorso, almeno per quanto riguarda la gravità dell'episodio depressiva. Per questo ho stimato un migliore funzionamento passando da un 75% di IL ad una stima del 60%. La prognosi espressa nel corso della valutazione peritale appariva cautamente ottimistica tanto da proporre un riallenamento al lavoro ma sembra invece che l'assicurata abbia presentato nuovamente un episodio depressivo di grado medio di cui non posso che prendere atto immaginando che vi sia pertanto un aggravamento." (doc. AI 115-2) Il 7 aprile 2014 il medico SMR, dr. med. _____ ha affermato: " Permangono valide dunque le considerazioni espresse nel RAF del 5 novembre 2014 (recte: 2013)." (doc. 116-1) In seguito al ricorso presentato dall'interessata, il 29 luglio 2014 il medico SMR, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: " Dall'esame del dossier e della documentazione di cassa malati emergono alcune criticità significative: Non sono presenti visite psichiatriche fatturate dal marzo 2012 al 18 novembre 2013. Cronologicamente dopo che all'assicurata giunge la convocazione per la visita peritale, è prescritta Quetiapina 25mg60 cps il 06.09.2013 rispettivamente Cipralex 10 mg 28 cps e Seresta il 15.10.2013. La perizia CPAS si svolge il 22.10.23.10.2013: appare comprensibile che i valori ematici dei medicinali fossero inferiori al range di norma, alla luce di un trattamento iniziato da pochi giorni, tranne che per il Lyrica (pregabalin), di cui tuttavia non si ha nozione di effettiva prescrizione medica dalla documentazione in atti. Appare anche poco plausibile che i campioni gratuiti consegnati dalla curante, com'è descritto in perizia, siano rispettivamente siano stati sufficienti a coprire il fabbisogno effettivo della paziente. Noto che la prescrizione di medicinali successiva alla perizia avviene il 05.02.2014, cronologicamente dopo che all'assicurata è pervenuto il progetto di decisione AI. In base ai dati in nostro possesso, l'assicurata avrebbe terminato i medicinali prima prescritti e acquistati almeno da novembre 2013. In data 13.02.2014 giungono osservazioni al progetto da parte della curante psichiatra dr.ssa _____: i sintomi depressivi si sarebbero aggravati, da episodio depressivo di grado lieve ad episodio di grado medio, nonostante la presa di medicinali che non risultavano prescritti prima di settembre 2013. Inoltre, nella storia clinica dell'assicurata, non vi sarebbero mai stati periodi di completa remissione sintomatologica e vi sarebbero anche stati episodi con sintomi psicotici. Sia l'aggravamento nonostante la presa medicamentosa sia uno stato depressivo continuo, anche con sintomi psicotici, appaiono poco probabili salvo che l'assicurata non abbia beneficiato di una presa a carico gratuita per un lungo periodo, come avrebbe affermato la curante a colloquio telefonico con il perito CPAS, dr. _____. Rimane, tuttavia, poco plausibile che eventuali medicinali distribuiti come campioni gratuiti siano stati sufficienti a coprire l'effettivo fabbisogno necessario per una cura efficace. Ritengo, a questo punto, necessario avere la cartella clinica della paziente redatta dalla dr.ssa _____ dal 2007 via, in modo da oggettivare l'effettiva presa a carico rispettivamente le modalità in cui si è svolta. Prego l'addetto agli assicurati di richiedere alla dr.ssa _____ copia della cartella clinica dal 2007 via a completazione delle informazioni in nostro possesso." (doc. X) Il 15 dicembre

2014 la ricorrente ha prodotto la cartella medica della dr.ssa med. _____, relativa alle visite dal 4 settembre 2003 al 10 ottobre 2014 (16 pagine, doc. XIV/B), comprese quelle dal 7 marzo 2012 al 18 novembre 2013 (22 visite, pag. 13-15 della cartella clinica). Il 19 gennaio 2015 il dr. med. _____ ha affermato: " (...) Ho preso visione della cartella clinica dell'assicurata, inviata dal rappresentante legale il 15.12.2014 e contenente informazioni cliniche fino al 10.10.2014. Faccio presente che copia della cartella clinica era stata richiesta dall'UAI alla psichiatra curante, Dr.ssa _____, in luglio 2014 e, nonostante ripetuti richiami, non ci era stata direttamente inviata. Noto inoltre che nella cartella ricevuta non si fa menzione di tale richiesta mentre, in ottobre 2013, si fa esplicito riferimento alla perizia psichiatrica presso il CPAS. Emergono altre criticità: I medicinali presi in farmacia non corrispondono perfettamente a quelli indicati in cartella. In occasione della perizia, i medicinali annotati in cartella (15.10.2013) corrispondono a quelli indicati dal perito, ma a dosaggi diversi: Quetiapina 25mg in perizia, 100mg in cartella, Cipralex, dosaggio non indicato in cartella, 20mg in perizia, Seresta 50mg + 45mg in perizia, 45mg in cartella. In ogni caso, i dosaggi ematici riscontrati in perizia sono inferiori al range terapeutico per tutti i medicinali considerati. Riguardo alle fatturazioni, queste mancano per parecchie visite indicate in cartella, soprattutto dal 2012 via. In conclusione, le discrepanze sopra enunciate non mi permettono di scostarmi da quanto espresso con annotazione del 29.07.2014 e giungere, pertanto a conclusioni verosimili diverse dalle precedenti prese di posizione SMR." (doc. XVIII/1) L'insorgente, il 29 gennaio 2015, ha scritto che " i risultati sui dosaggi ematici riscontrati sono da mettere in relazione al fatto che in quel periodo, avevo grossi problemi ai reni e avevo dovuto diminuire i dosaggi dei medicinali in quanto dovevo prendere anche degli antibiotici. (ev. informazioni ottenibili presso il Dottor _____ e Dottor _____). Per quanto riguarda le fatture mancanti, ciò è dovuto al fatto che diverse volte la dottoressa mi ha curato senza emettere fatture in quanto vivevo una situazione finanziaria difficile e non avevo la copertura LAMal. La dottoressa, nonostante non potessi pagarle le fatture mi ha sempre curata e prescritto i medicinali di cui necessito. Ancora oggi ho un debito con la mia psichiatra di circa Fr. 1'700.00 e nonostante ciò mi ha sempre curata e continua a farlo tutt'oggi. (mi hanno rifiutato per due volte la domanda di prestazione complementare che solo in seguito mi è stata riconosciuta) " (doc. XX/C). 2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid.

E. 2.7

In queste condizioni la decisione impugnata è annullata e gli atti rinviati all'amministrazione affinché proceda conformemente ai considerandi e si pronunci nuovamente sull'asserito miglioramento dello stato valetudinario della ricorrente, fermo restando il diritto di quest'ultima ad almeno mezza rendita, non contestato. Va a questo proposito rammentato che in DTF 137 V 314 il TF ha modificato la propria giurisprudenza ed ha stabilito che alla parte ricorrente deve essere concessa la possibilità di ritirare il ricorso anche nel caso in cui la decisione che le riconosce una rendita (ad esempio un quarto di rendita) viene annullata e la causa rinviata all'ufficio AI per ulteriori accertamenti

(consid. 3.2). In concreto, con la conferma della mezza rendita nel dispositivo della sentenza, su questo specifico punto non vi è spazio per una reformatio in peius (cfr. anche la sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011, consid. 8.4, penultimo paragrafo). 2.8. L'insorgente ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di ripetibili. Secondo la costante giurisprudenza del TF 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). 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (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. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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; 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (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). 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). 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della

giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.5. Oggetto del contendere è la questione di sapere se lo stato di salute della ricorrente è migliorato e se, di conseguenza, l'amministrazione ha correttamente ridotto il grado d'invalidità dell'assicurata. Secondo la giurisprudenza (cfr. sentenza I 465/05 del 6 novembre 2006, pubblicata in DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, come nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). In concreto, l'UAI con decisione del 13 aprile 2005 ha assegnato all'insorgente una rendita intera d'invalidità (grado del 75%) a partire dal 1° marzo 2004, sulla base di una perizia del dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, del 21 ottobre 2004 (doc. AI 32-1). Occorre pertanto stabilire se dopo il 13 aprile 2005 lo stato di salute della ricorrente è migliorato.

2.6. In una sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il TF ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante

(sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può confermare l'operato dell'Ufficio AI, in quanto la problematica psichica non è stata sufficientemente chiarita e meglio, non è stato dimostrato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che lo stato di salute della ricorrente è migliorato rispetto alla valutazione del 21 ottobre 2004 del dr. med.

_____ (cfr. sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 181, 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Nella perizia del 25 ottobre 2013 del CPAS il miglioramento dello stato di salute viene individuato, in sostanza, nel fatto che “ il trattamento ed il supporto psicoterapico negli anni hanno permesso un miglioramento prevalentemente della componente impulsiva ”, poiché, anche se con il supporto della figlia maggiore, “ l'assicurata è riuscita ad assolvere alla propria funzione genitoriale con la figlia minore ” (doc. AI 97-10). Circostanza questa confermata dalla curante, dr.ssa med. _____ in data 13 febbraio 2014 (doc. 110-1: “ [...] negli anni le componenti di impulsività e quella del potus sono migliorate mentre permane la componente rivendicativa [...] ”). Tuttavia, ciò non è ancora sufficiente per ritenere che lo stato di salute della ricorrente sia durevolmente migliorato. La curante ha infatti evidenziato come l'interessata soffra di una sindrome depressiva ricorrente (ICD 10 F 33), mai in remissione, e che a momenti di relativa tranquillità fanno seguito periodi di grave ed importante sofferenza, tant'è che ha sviluppato episodi medio-gravi, taluni con sintomi psicotici (idee deliranti di persecuzioni) e idee di colpa alternati a episodi depressivi lievi (doc. AI 110). I periti del CPAS non mettono in dubbio le affermazioni della curante e, nella loro presa di posizione del 31 marzo 2014, dopo aver rilevato che la diatriba tra curante e periti circa la diagnosi di disturbo di personalità di tipo borderline piuttosto che di disturbo istrionico di personalità non è rilevante ai fini della valutazione della capacità lavorativa poiché entrambi i disturbi appartengono allo stesso cluster del disturbo emotivamente instabile e il secondo non è meno limitante di quello diagnosticato dalla curante, hanno confermato la diagnosi, anche, di sindrome depressiva ricorrente. Gli specialisti hanno poi precisato che “ il diverso apprezzamento, nel corso della valutazione peritale è relativo alla intensità dell'episodio attuale (ottobre 2013) che soddisfaceva i criteri di una diagnosi di episodio depressivo lieve ” ed hanno sottolineato come alla luce dell'“ andamento descritto negli ultimi anni “è verosimile che si possano presentare ancora nuovi episodi di maggiore gravità con periodi di inabilità anche superiore ” (doc. AI 115-1), ritenendo possibile che “ attualmente, come descritto e certificato dalla curante, siamo di fronte ad un episodio depressivo di grado medio e quindi potenzialmente con un grado di inabilità maggiore di quello rilevato ”. I periti concludono poi affermando che “ la prognosi espressa nel corso della valutazione peritale appariva cautamente ottimistica tanto da proporre un riallenamento al lavoro ma sembra invece che l'assicurata abbia presentato nuovamente un episodio depressivo di grado medio di cui non posso che prendere atto immaginando che vi sia stato un aggravamento ”. La successiva presa di posizione del 7 aprile 2014 del dr. med. _____, medico SMR, tuttavia non specialista in psichiatria e psicoterapia, per il quale, in sostanza, la presa di posizione dei periti non modifica quanto accertato in precedenza, non può essere tutelata. Infatti gli stessi periti non escludono un nuovo peggioramento dello stato di salute ed evidenziano come la patologia di cui soffre la ricorrente può variare nel corso del tempo. La circostanza che al momento della visita

presso il dr. med. _____ il 21 ottobre 2004 la ricorrente, per quanto concerne la sindrome depressiva ricorrente, presentava un episodio “attuale grave” (doc. AI 32-1), mentre in occasione delle visite del 22 e 23 ottobre 2013 la sindrome depressiva presentava un “attuale episodio lieve” (doc. AI 97-1), non significa ancora che lo stato di salute della ricorrente sia durevolmente migliorato. Infatti una caratteristica della sindrome depressiva ricorrente è proprio quella di variare nel tempo. La periodicità dei momenti di remissione relativa della patologia, seguiti dai momenti di estrema gravità della malattia, emergono in tutta la loro chiarezza alla lettura della cartella clinica della dr.ssa med. _____ e relativa al periodo dal 4 settembre 2003 al 10 ottobre 2014 (doc. XIV/B). A periodi di grave ansia e tensione (cfr. giugno, luglio, agosto 2004: “Ai colloqui si presenta sempre tesa, ansiosa, rivendicativa nei confronti delle varie istituzioni che non l’aiutano, dei vari uffici che non le verrebbero incontro [...] il tono dell’umore è mediamente deflesso”), seguono periodi in cui l’interessata si sente meglio (23.04.2005: “riferisce diminuzione dell’ansia e della tensione”). La variazione nel tempo dell’incidenza della patologia sulla salute della ricorrente è perdurata anche negli ultimi anni. Mentre il 9 maggio 2012 l’insorgente affermava di “sentirsi meglio; propositiva. Al colloquio tono dell’umore mediamente deflesso, modica ansia. Diagnosi: episodio depressivo medio”, ed il 6 giugno 2012 riferiva di essere migliorata, trascorrendo per la prima volta un’estate abbastanza serena (cfr. visita del 30 agosto 2012), già il 21 settembre 2012 la ricorrente ha indicato alla curante di sentirsi ansiosa e tesa (così come il 16 novembre 2012) ed il 7 marzo 2013 (ossia alcuni mesi prima dell’avvio della procedura di revisione) si è presentata dalla curante poco curata, tesa ed ansiosa con un umore fortemente deflesso, tanto che la dr.ssa med. _____ ha nuovamente diagnosticato la presenza di un episodio depressivo medio-grave. Il 19 giugno 2013 la curante, nella cartella clinica, ha annotato che la ricorrente “da una settimana si sente perseguitata e controllata da persone che vorrebbero togliere l’affidamento della figlia o le forze spirituali che possiede. Discorso confuso, delirante con spunti persecutori, idee di riferimento mistiche e religiose. Umore fortemente deflesso, non idee suicidali, idee di colpa e di rovina”, mentre il 25 giugno 2013 ha diagnosticato la presenza di un episodio depressivo grave con sintomi psicotici incongrui. Successivamente emerge un leggero miglioramento (18 novembre 2013, ossia dopo la visita del 22 e 23 ottobre 2013 presso il CPAS: “al colloquio umore mediamente deflesso, disforia. Diagnosi: episodio depressivo lieve-medio”), per poi peggiorare nuovamente dopo la notifica della decisione (13 maggio 2014: “sempre più rivendicativa e delirante, spunti paranoidei con idee di persecuzione (AI, ufficio assegni famigliari, enti pubblici, _____), umore fortemente deflesso, idee di rovina e persecuzione, notevole quota d’ansia al colloquio”; 3 giugno 2014: “non riferisce miglioramento del quadro depressivo, sempre gravato da idee deliranti e di persecuzione cui sono associate idee di influenzamento (padre Pio, S. Antonio, che fanno segni per lei di riuscita del bene e di calvario?). è difficile comprenderne il senso. Lamenta apatia, abulia, astenia, dolori muscolari, cefalea, insonnia. Al colloquio è tesa, ansiosa, interpretativa, tono dell’umore fortemente deflesso, idee deliranti di persecuzione influenzamento. Terapia invariata”). Il 5 agosto 2014 ed il 12 agosto 2014 si è poi assistito ad un ulteriore miglioramento (5 agosto 2014: “riferisce diminuzione dell’ansia, invariata la sindrome depressiva, abulia, astenia, evitamento dei contatti. Al colloquio appare tranquilla, meno delirante. Gli spunti persecutori ancora presenti, non idee di influenzamento” e 12 agosto 2014: “riferisce da una settimana parziale miglioramento del quadro depressivo [...]”; 30 settembre 2014: “In fase di progressivo miglioramento a livello timico, giornata strutturata attorno alla scuola della figlia minore, si attiva in casa,

pochi contatti sociali, ancora evitante e scontrosa. Le rivendicazioni appaiono minori, più adeguate [...]”). Alla luce delle emergenze della cartella clinica della curante e delle affermazioni dei periti del CPAS che hanno rilevato come “ è verosimile che si possano presentare ancora nuovi episodi di maggiore gravità con periodi di inabilità anche superiore ” e che “ la prognosi espressa nel corso della valutazione peritale appariva cautamente ottimistica ” (doc. AI 115-2), in presenza, tra le altre, della diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (ICD 10 F 33), l’UAI, per stabilire se nel preciso caso di specie vi è stato un miglioramento duraturo dello stato di salute della ricorrente, non avrebbe dovuto accontentarsi di due soli colloqui effettuati in due giorni consecutivi, ma avrebbe dovuto disporre un’osservazione di lunga durata al fine di poter esprimere una valutazione corretta e completa. In tale contesto va ricordato che il Tribunale federale ha già avuto modo di sottolineare che non va dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest’ultimo ha l’occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e sentenza 9C_468/2009 del 9 settembre 2009, consid. 3.3.1; D. Cattaneo, in “Les expertises en droit des assurances sociales”, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Ciò trova conferma in alcune sentenze emanate da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; cfr. anche la sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011) sulla base di quanto a sua volta stabilito dal Tribunale amministrativo federale il 5 dicembre 2008 (C-2693/2007). Il TAF dopo aver rilevato che la patologia psichiatrica che affliggeva l’assicurato (in quel caso: sindrome depressiva di gravità medio grave) fosse caratterizzata da fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, 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. I giudici federali hanno esposto le seguenti motivazioni: “ (...) Alla luce dei precedenti rapporti e vista la principale caratteristica della patologia in esame che consiste in fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo, segnato da colloqui approfonditi ed accompagnato dall’esecuzione di test indicativi ed un’attenta analisi delle dichiarazioni del paziente. In altre parole, il parere del Dott. T., fondato su di un unico colloquio ed una scarsa motivazione, non può essere tenuto quale fondamento della soppressione della rendita AI. A titolo di confronto si può paragonare la perizia del Dott. T. con quella della Dott.ssa C., ove, specialmente nelle rubriche “disturbi lamentati dall’assicurato ed esame oggettivo” si spiega in maniera convincente tutta la problematica, affinché l’amministrazione (ed eventualmente il giudice) possano esprimere il loro parere in modo convincente e senza esitazioni. Se, il giorno della visita specialistica, il perito non ha riscontrato nulla di patologico ed invalidante può essere anche imputabile alla circostanza che l’interessato fosse in un periodo di relativa quiescenza del male. Va qui segnalato, oltretutto, che egli assume dosi di antidepressivi massicce; questa posologia è verosimilmente stata cambiata in occasione del ricovero presso la Clinica di riabilitazione di N.. (...) Nel suo rapporto del 3 aprile 2007, lo psichiatra curante indica che il paziente riceve ben 80mg die di Citalopram e 0,75 mg die di Xanax, che la sindrome depressiva è solo in parziale remissione e che la decisione dell’AI penalizza in maniera grave il paziente nella sua volontà di riscatto. A questo proposito questo tribunale osserva che anche un esame sugli effetti secondari della terapia in un’ottica di capacità al lavoro sarebbe

necessario, atteso che dosi così massicce di medicinali provocano, oltre al resto, uno stato di iporeattività generale. Nel suo rapporto del 14 agosto 2007, il Dott. X. riferisce un quadro nettamente patologico ed invalidante, nonostante le terapie in atto; l'esame obiettivo attesta una situazione psicologica grave e debilitante. Vero è che questo rapporto, come osservato dall'UAI cantonale e dal proprio medico di fiducia, esula dal periodo di cognizione giudiziaria, tuttavia il giudice delle assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data dell'impugnata decisione quando essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 99 V 102). In conclusione quindi, questo tribunale non può trarre idonei, conclusivi e convincenti pareri dalla perizia del Dott. T. nella misura in cui lo stato di salute del paziente ivi descritto e la conseguente valutazione della capacità di lavoro, sembra piuttosto riferita ad una fase di momentaneo benessere che non ad una situazione temporalmente più corrispondente alla realtà. (...)." (sottolineature del redattore) Analogamente a quanto già stabilito dal TCA nelle sentenze sopra citate, in presenza di una patologia quale quella di cui è afflitta la ricorrente nel caso concreto (sindrome depressiva ricorrente [ICD10; F33]), viste le affermazioni del medico curante e, meglio quanto emerge dalla cartella clinica (doc. XIV/B), nonché quanto affermato dai medesimi periti (doc. AI 115-1: " Il diverso apprezzamento, nel corso della valutazione peritale è relativo alla intensità dell'episodio attuale (ottobre 2013) che soddisfaceva i criteri per una diagnosi di episodio depressivo lieve. Come sottolineato in perizia tuttavia, l'andamento descritto negli ultimi anni "è verosimile che si possano presentare ancora nuovi episodi di maggiore gravità con periodi di inabilità anche superiore "), l'UAI non può basare la sua decisione al termine di una valutazione peritale fondata su due colloqui effettuati nel corso di due giorni consecutivi, ma avrebbe dovuto chiedere ai periti di effettuare un numero maggiore di osservazioni su un lasso di tempo più lungo. Quanto alle affermazioni del dr. med. _____, medico SMR, FMH psichiatria e psicoterapia, interpellato solo nelle more processuali (in precedenza, malgrado la patologia psichiatrica, l'UAI aveva fatto capo ad un medico generalista [cfr. doc. AI 116-1]), che ha rilevato, sulla base della documentazione allora a sua disposizione, alcune criticità per quanto concerne in particolare l'assenza di visite psichiatriche da marzo 2012 a novembre 2013 e la somministrazione di farmaci, va evidenziato quanto segue. L'interessata, come emerge dalla cartella clinica (doc. XIV/B), anche in quel periodo ha avuto oltre una ventina di contatti con la curante e a prescindere dal motivo dell'assenza delle fatture, le visite risultano comunque nella cartella clinica della dr.ssa med. _____. Del resto l'assicurata ha evidenziato che l'assenza delle fatture è dovuta alle difficoltà economiche che hanno anche portato, in passato, prima del 2012 (cfr. doc. X/A), alla sospensione del pagamento delle prestazioni in ambito LAMal. Inoltre ciò è pure verosimilmente dovuto alle difficoltà della ricorrente nel gestirsi correttamente. Quanto alla somministrazione dei farmaci, e meglio la circostanza che i medicinali acquistati in farmacia non corrispondono sempre a quelli indicati nella cartella o che in occasione della perizia i medicinali annotati nella cartella corrispondono a quelli indicati dal perito ma a dosaggi diversi e che i dosaggi ematici riscontrato in perizia sono inferiori al range terapeutico per tutti i medicinali considerati, va rilevato che l'assicurata ha spiegato le divergenze con il fatto che in quel periodo aveva dovuto diminuire i dosaggi a causa di un concomitante problema ai reni. D'altra parte queste divergenze, in ogni caso, in presenza di una diagnosi quale quella di sindrome depressiva ricorrente (ICD10; F33) e con periti che non escludono, nel corso del tempo, variazioni nell'incidenza della patologia sulla capacità lavorativa della

ricorrente, non esimono l'UAI dalla necessità di dover procedere tramite un numero maggiore di osservazioni su un lasso di tempo più lungo. In queste circostanze questo Tribunale ritiene che il miglioramento dello stato di salute successivo al 13 aprile 2005, il cui onere probatorio incombe all'amministrazione (cfr. sentenza 9C_158/2012 del 5 aprile 2013), non è stato documentato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali e che a questo proposito è necessario un approfondimento istruttorio. Già solo per questo motivo la decisione impugnata va annullata. Questo TCA, abbondanzialmente, evidenzia inoltre che l'amministrazione, quando ha effettuato l'abituale raffronto dei redditi, giungendo ad un grado d'invalidità del 56.44%, non ha concesso alcuna riduzione "sociale" alla ricorrente. Ora, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto, tenuto conto della limitata capacità lavorativa dell'interessata in qualsiasi attività (40%: doc. 97-11: "la limitazione della capacità è da considerarsi sul numero di ore lavorate piuttosto che sul rendimento"), delle limitazioni descritte nella perizia (doc. AI 97-12: "In particolare si ritiene che ella sia in grado di fare un lavoro strutturato, a mansioni semplici per un tempo ridotto; l'ambiente dovrebbe essere a bassa conflittualità, eventualmente anche a contatto con il pubblico, anche se la professione di barista potrebbe riaccendere la attualmente sopita tendenza al potus; il gruppo in cui potrebbe essere inserita dovrebbe essere abbastanza piccolo e tollerante, meglio se in orari compatibili con quelli scolastici della figlia minore") e ritenuta l'assenza dal mondo del lavoro da oltre dieci anni, l'UAI avrebbe perlomeno dovuto prendere in considerazione una riduzione del 15%, per un grado d'invalidità ben superiore al 60% ed un diritto, per la ricorrente, ad almeno $\frac{3}{4}$ di rendita. Questo aspetto andrà però semmai esaminato al termine della nuova valutazione psichiatrica. Di norma, l'incarto può essere rinviato all'UAI o perché vi sono accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi sono carenze negli accertamenti peritali svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011). In concreto in virtù della carenza sopra evidenziata e della necessità di procedere con un complemento peritale, s'impone un rinvio all'amministrazione affinché sottoponga nuovamente il caso per una nuova valutazione psichiatrica da effettuarsi su un numero maggiore di osservazioni e su un lasso di tempo più lungo.

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