

## **TI\_GERICHTE 32.2015.20 vom 16. Dezember 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-12-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.20)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.20 du 16 décembre 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.20 del 16 dicembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Valutazione della capacità lavorativa (in percentuale) dell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a, se possibile specificando se dovuta a limitazione funzionale o di rendimento riferito a un'attività al 100% IL per motivi psichiatrici pari al 25% in tutte le attività teoricamente esigibili, il limite è di tipo funzionale per gli aspetti di diffezionalità delle energie disponibili, per le note depressive e ansioso-fobiche e i limiti della caricabilità psicofisica del soggetto che necessitano ridotte esposizioni a elementi stressanti. La presente va integrata con eventuali percentuali per aspetti somatici (...)” (doc. AI 60-29) Le conclusioni del SAM sono state confermate dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, il 2 settembre 2014 (doc. AI 61). In sede di osservazioni al progetto di decisione la ricorrente ha prodotto un certificato del 27 novembre 2014 del proprio medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, il quale ha contestato le valutazioni della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, rilevando in primo luogo che due visite di 60, rispettivamente di 30 minuti, non siano sufficienti per una valutazione accurata e approfondita della questione. Il curante evidenzia inoltre di aver visitato l'interessata, nella fase iniziale, settimanalmente, poi mensilmente ed infine bimestralmente, accogliendola anche in urgenza fuori calendario. L'affermazione secondo cui sarebbe stata visitata in tutto 3-4 volte in media una volta ogni 2/3 mesi non è di conseguenza corretta. Il curante non è d'accordo con la diagnosi della consulente ed afferma: " (...) Innanzitutto la dr.ssa \_\_\_\_\_ pone come diagnosi "Fobia sociale" e "ansia non altrimenti specificata" quelli che sono a nostro avviso non delle diagnosi ma dei sintomi. Ed aggiunge una terza diagnosi "Sindrome depressiva persistente non specificata", anche su questa diagnosi non siamo assolutamente d'accordo. La "Sindrome depressiva persistente non specificata" come dice lo stesso nome non è specificata, cioè non si hanno elementi esterni alla quale possa essere legata, e normalmente è un disturbo endogeno, dunque senza causa esterna evidente che possa averla scatenata. Nel caso della paziente a margine si tratta di una Modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica (ICD10 F 62.0) La modificazione della personalità si è verificata dopo ben due esperienze che assumono il carattere catastrofico 1) la morte improvvisa del figlio in un incidente stradale \_\_\_\_\_ e 2) la comparsa di una patologia tumorale molto grave nel dicembre 2009. Dunque la paziente che fino a quel momento aveva condotto una vita regolare, senza precedenti psichiatrici, svolgendo un lavoro gratificante al contatto col pubblico come commessa e cameriera dal 1985 fino al 2010 si trova confrontata con due eventi di enorme gravità. Fino a quel momento la paziente non aveva mai sofferto di alcun disturbo. Non possiamo dunque accettare nessuna delle diagnosi sopra elencate dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ perché la paziente ha sviluppato tutto il malessere a causa di una doppia esperienza catastrofica. La diagnosi di Modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica (ICD 10 F 62.0) di cui soffre la paziente prevede come aspetti diagnostici i seguenti, che riportiamo virgolettati (Vedi

Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Kemali, Maj, ed Masson): “l’esposizione ad uno stress catastrofico” (Morte del figlio + Tumore), “un ritiro sociale con evitamento dei contatti con qualsiasi persona, eccetto i pochi parenti stretti con cui il soggetto vive” (La paziente si descrive ritirata socialmente) (La D.ssa \_\_\_\_\_ scambia questo sintomo con una Fobia situazionale), “Un sentimento costante di essere sulla lama del rasoio, un’accresciuta vigilanza ed irritabilità in una persona che precedentemente non presentava tali aspetti” (la paziente riferisce sentimenti di minaccia incombenti, ansia sensazione di soffocamento, timore costante, senso di imminente pericolo) (La D.ssa \_\_\_\_\_ scambia questi sintomi per un Ansia non altrimenti specificata). “Un costante sentimento di vuoto e disperazione” (la paziente parla di sentimenti cronici di vuoto). “Un costante sentimento di essere cambiato o diverso dagli altri, estraneamento . Questo sentimento può essere associato con un’esperienza di ottundimento emozionale” (La paziente riferisce ottundimento emozionale). “il cambiamento deve causare in misura significativa un’interferenza con il funzionamento dell’individuo nelle attività della vita quotidiana, una sofferenza personale o un impatto negativo sull’ambiente sociale” (il cambiamento ha causato alla paziente una grave interferenza sulla sua capacità lavorativa, malessere personale e perdita dei contatti sociali). Ciò per quanto attiene alla contestazione della diagnosi. Inoltre non siamo d’accordo rispetto al fatto che a fronte un attuale peggioramento dello stato psichico della paziente a causa del quale è stato necessario variare la terapia farmacologica sostituendo Zoloft con Efexor il quale ad oggi non è ancora a dosaggio pieno a causa dell’insorgenza di effetti secondari quali gastralgie e cefalea) si possa ritenere la paziente inabile al lavoro al 25%. La sintomatologia presentata e sopra riportata è di una pervasività tale da rendere la paziente inabile al lavoro al 100%.” (doc. AI 70-4) Chiamati ad esprimersi in merito i periti del SAM, preso atto delle affermazioni della consulente, dr.ssa med. \_\_\_\_\_, medico chirurgo specialista in psichiatria, hanno confermato la loro valutazione (doc. AI 74-1). La specialista ha infatti affermato: “ (...) Asseriva di aver incontrato il collega \_\_\_\_\_ in tutto 3-4 volte, in media circa 1 volta/2-3 mesi. Le informazioni rispetto ai ritmi di frequenza degli incontri non possono desumersi se non dagli scritti dei colleghi o, più facilmente dagli interessati. Non ho motivo di considerare non veritiero quanto un soggetto riferisce della sua anamnesi, almeno fino a prova contraria. Quindi mi scuso se il referente è stato incontrato più volte ma la signora non lo menziona. L’umore nei due colloqui si registrava deflesso in grado medio, si associavano note di ansia soprattutto a tinta situazionale in caso di solitudine come anche per esempio in automobile in cui i vissuti di malessere, di pericolo si acquiscono. Il sonno fin dall’incidente, risultava disturbato per la presenza di un timore costante e di un senso di imminente pericolo. Diagnosticavo una Fobia situazionale (ICD 10, F 40.2), Ansia non altrimenti specificata (ICD 10, F 41,9) e una Sindrome depressiva persistente non specificata (ICD 10, F 34.9) Non dividevo la diagnosi del collega \_\_\_\_\_ di una modifica duratura della personalità dal momento del lutto seppure caricato dalla diagnosi di tumore. Riconoscevo che un lutto, pure non associato ad una situazione drammatica come una neoplasia, prova profondamente l’equilibrio psicologico ma non mi sembrava di registrare nella modalità di percepirsi della signora, di viverci in senso soggettuale, una modifica sostanziale quanto piuttosto le note di un lutto non metabolizzato. Precisavo che la signora si sentiva diversa dalla morte del figlio intendendo con ciò la sensazione di aver perso qualcosa di irrinunciabile ma non diversa nel senso di come SI sentiva (cioè lei in merito a se stessa). Mi sembrava decisamente più in linea con la situazione, più coerente con la storia dell’A la presenza di una grave reazione

depressiva al lutto dell'unicogenito sulla quale si accaniva anche la diagnosi di neoplasia. Si sommarono agli aspetti psicologici di lutto e di shock per la diagnosi neoplastica, quelli concreti ed oggettivi (iatrogeni) delle terapie rese necessarie per la cura del tumore, producendo un'evoluzione in un quadro depressivo persistente associato ad elementi fobico-evitanti ed ansia situazionale. Le riconoscevo una IL del 25% e consigliavo di ottimizzare la terapia che al momento non sembrava ancora aver mostrato la sua efficacia. Il collega \_\_\_\_\_ contesta il fatto che due incontri non siano sufficienti per effettuare una valutazione psichiatrica: ricordo al collega che alcune perizie si giovano di ben meno di 1,5 ore di colloquio. Direi che piuttosto non è il tempo utilizzato brutalmente ma l'approfondimento offerto al caso o meno. Chiedo quindi al collega di voler indicare gli aspetti anamnestici, clinici, di riflessione e valutazione che risultano a suo avviso difettosi e impediscono di trarre adeguate e supportate conclusioni mediche. Ho registrato come da AMDP-8 sintomi, modalità e qualità espressiva, posto diagnosi secondo il manuale diagnostico attualmente in uso e condiviso. Ritengo peraltro di aver potuto manifestare tutta la mia sensibilità alla complessa e dolorosa storia personale della signora alla quale peraltro (pagina 1 della relazione del collega), non ho somministrato la SCL90 nel corso dei due colloqui ma in un tempo esterno che la signora poteva gestire secondo i suoi bisogni. La riflessione in corso di colloqui non verteva sulla SCL90 da compilare ma su risposte sintomatiche fornite, proprio al fine di approfondire non solo ciò che oggettivavo ma come la signora si descriveva soggettivamente attraverso il test autosomministrato. Evidenziavo così conferme ma anche aspetti contraddittori e contrastanti da poter articolare con la mia impressione clinica. Il collega non condivide le mie impressioni cliniche, lecito come io del resto non condivido le sue. Riferisce che la diagnosi di depressione persistente non specificata: "come dice il nome stesso non è specificata, cioè non si hanno elementi esterni alla quale possa essere legata e normalmente è un disturbo endogeno e dunque in assenza di una causa esterna che possa averla scatenata". Devo rimandare al collega che nel ICD 10 le depressioni persistenti sono intanto disturbi dell'umore persistenti appunto... durano per anni e qualche volta per la maggior parte della vita (ICD 10, Masson pag 122, F34). L'elemento "non specifico" attiene al fatto che le caratteristiche del disturbo della signora, oltre che rientrare in un quadro depressivo persistente (per come definito nella presente) non mostravano aspetti che consentissero l'inserimento in un sottogruppo specifico dei disturbi persistenti del ICD 10. Nessuna menzione nel ICD 10 al fatto che tali disturbi siano reattivi (come il collega tenta di dire) poiché i quadri reattivi anche depressivi sono collocati altrove, alla voce reazioni di disadattamento. D'altro canto ho credo ben precisato nella mia perizia che la reazione iniziale della signora si è nel tempo organizzata e sganciata dal contingente assumendo il quadro di un disturbo "persistente". In tal senso la nota del collega che il quadro "non specifico" non sia riferibile a fatti contingenti non è dirimente né utile a capire cosa quindi non vada nella mia diagnosi: che non sia più reattiva? Lo dico io stessa nella mia relazione e nei codici registrati. Il collega vuol dire che come per una modifica della personalità, ciò che accade alla signora è reattivo al lutto e alla perdita del figlio? Non trovo problematico confermarlo anche io ma non nei termini del collega: i fatti contingenti impattano sul Sé e la reazione e la sua evoluzione e strutturazione futura dipendono dal soggetto e non dal fatto in se stesso. Persone sopravvivono senza grandi sintomi a perdite drammatiche ed altre si piegano al cambiare di casa. Il collega dice ancora che confondo il ritiro sociale, che egli chiama sintomo e a me sembra essere un comportamento, con una fobia situazionale. Preciso che nella mia relazione, la fobia situazionale è riferita (credo in maniera sufficientemente chiara per chi non legga la

relazione solo per trovarci falle o errori) agli evitamenti ad esempio della guida da sola, situazione che la signora vive come imminente pericolo, con ansia somatizzata tanto da evitare. Mi pare che questi siano gli estremi per definire una fobia situazionale. Infatti sempre nel ICD 10 si legge alla voce fobia situazionale: “situazioni estremamente specifiche come...luoghi...spazi...il cui contatto può evocare il panico...è evitata ogni qual volta è possibile”. In merito ai virgolettati che descrivono la modifica duratura della personalità, il dato dal mio punto di vista (oltre al fatto che sintomi simili sono rintracciabili anche in altre diagnosi psichiatriche) è che semplicemente non rintraccio una modifica della personalità che non attiene allo sviluppo di sintomi o solo di comportamenti diversi ma ad un vissuto interno-soggettuale di diversità, di perdita di continuità del Sé che la signora non solo non descrive (descrive malessere, perdita, dolore, depressione, evitamenti, fobie, ecc) ma non un'interruzione del senso di Sé... di cui peraltro la perdita del figlio è l'anello di continuità, del senso personale. Si vive diversa per i sintomi ascrivibili alle sindromi in corso e non per una perdita-modifica della sua personalità. Ciò detto, temo che la disquisizione sia solo cattedratica perché, che sia una modifica duratura della personalità o no, la ripercussione sulla CL sostenibile-motivabile secondo l'attuale legislazione, temo non possa comportare comunque una IL del 100%. Trovo peraltro poco utile che si insista su una modifica della personalità (ricordando che i disturbi di personalità e quindi immagino le modifiche delle stesse, non risultano poter essere in grado di motivare in assenza di un più consistente disturbo psichiatrico –alcuna percentuale di IL). Lo stesso Dr. med. \_\_\_\_\_ cita una sindrome depressiva (09.12) e lo \_\_\_\_\_ parla di ansia e attacchi di panico (08.2013). Lo stesso \_\_\_\_\_ nella sua relazione del 11.2013 cita una depressione insorta dopo la scomparsa del figlio e precisa: “la pz presenta una sintomatologia depressiva con ritiro sociale (quindi anche una depressione può produrre un ritiro e non solo una modifica duratura della personalità); sentimenti cronici di vuoto, irritabilità, sensazione di minaccia incombente, ansia, ecc”. Precisa nella stessa che è “inabile al lavoro al 100% dal 21.4.2013...” giustificando tale limite con “difficoltà di attenzione e concentrazione che rendono non praticabile il mansionario”. Ciò detto confermo la mia impressione clinica e non rintraccio nella relazione del curante elementi che ci possano far confermare l'esistenza di una modifica duratura della personalità piuttosto che di una sindrome depressiva persistente, fobia situazionale e ansia. Confermo quindi le diagnosi poste e la percentuale di IL riconosciute.” (doc. AI 74-3/4/5) In sede di ricorso l'insorgente ha prodotto un nuovo referto del dr. med. \_\_\_\_\_, il quale ha affermato: " (...) In merito alla grave imprecisione circa la frequenza e ed il totale dei colloqui di cui la paziente a margine si è sottoposta voglio sperare che derivi da un errore dovuto a una sommaria e superficiale raccolta anamnestica gravata anche dalla mancanza di una attenta verifica dei dati attraverso un contatto con i medici curanti. Tali informazioni errate, purtroppo, hanno un certo peso, contribuendo a dare una visione errata rispetto alla gravità del disturbo; non possiamo dunque accettare che una perizia finalizzata a valutare la gravità di un quadro psichico possa contenere tali grossolani errori. Ribadisco tutta la mia perplessità e preoccupazione in merito al fatto che una perizia possa giovare di “ben meno di 1,5 ore” come asserisce il Perito; infatti probabilmente è a causa della mancanza di un sufficiente tempo riservato all'approfondimento delle informazioni o dei sintomi (che i pazienti riferiscono, o peggio, spesso non riferiscono) che si finisce per trarre conclusioni errate. Il Perito chiede quali siano “gli aspetti anamnestici, clinici, di riflessione e valutazione che risultano difettosi e che impediscono di trarre adeguate e supportate conclusioni mediche” Rispondiamo che ciò che falsa completamente la riflessione, la

valutazione e le conclusioni a cui il Perito giunge deriva da una iniziale e macroscopica sottovalutazione, cioè non riconoscere quali elementi scatenanti del disturbo i due gravissimi traumi (Morte del figlio + Tumore maligno al seno) e di conseguenza non riconoscere che questo grave disadattamento si sia aggravato nel tempo fino a generare una modificazione duratura della personalità. Da qui dunque una valutazione difettosa della sintomatologia che viene “spezzettata “ in tante diagnosi meno gravi e che non tengono conto dell’elemento di base che sostiene la diagnosi di base. Ribadiamo dunque la diagnosi di Modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica (ICD10 f 62.0) che viene vissuta in modo gravemente distonico e pervasivo da limitarne gravemente l’abilità lavorativa del 100%.” (doc. A3) Chiamata ad esprimersi in merito, la dr.ssa med.

\_\_\_\_\_, l’8 febbraio 2015, ha affermato: " (...) Ho preso visione della sommaria e reiterata relazione del collega \_\_\_\_\_ datata 28.01.2015 nella quale il collega torna non già a motivare le sue posizioni ma a tentare semplicemente di screditare le mie, limitandosi a considerare “grave imprecisione” la mia nota in cui riferivo che l’Assicurata aveva incontrato il collega (per ammissione dell’A stessa e non mia congettura) circa 4 volte in tutto. Ora, evidentemente io non posso conoscere le date degli incontri dei pazienti con i loro referenti e non posso considerare non idonea l’affermazione di un paziente che mi informi di aver visto il suo curante un certo numero di volte: mi chiedo che motivo avrei di contestarlo? Ciò detto ho preso visione delle relazioni mediche fornite agli atti, comprensive di quelle del collega \_\_\_\_\_ e dopo attenta valutazione dei dati desunti dai colloqui clinici, della lettura degli atti, ho preso posizione. Ora, che il collega \_\_\_\_\_ abbia un ruolo diverso dal mio e che questo presuma degli incontri più numerosi e una durata di rapporto appare ovvio. Che le conclusioni di un collega possano screditare solo in relazione alla durata degli incontri e non già per errori effettivi ed oggettivi nella conduzione delle visite, nella descrizione dei sintomi-sindromi, nella definizione diagnostica secondo l’attuale manuale statistico e nell’argomentare le conclusioni finali, appare indecoroso. So per certo che esistono situazioni dove esplicitiamo conclusioni diagnostiche con ben meno di 1,5 ore di colloquio clinico e senza una attenta lettura degli atti, che per quanto mi riguarda è sempre preliminare all’incontro con l’Assicurato, per cui il tempo dedicato al caso è ben maggiore in effetti. L’approfondimento clinico è risultato esaustivo per quanto mi riguarda altrimenti avrei chiesto incontri supplementari o approfondimenti testologici. I sintomi come il collega mi insegna non necessitano di ore per essere riscontrati e esaminati, così come i segni essi si palesano anche in tempi brevissimi (basti pensare alla velocità con cui siamo chiamati a fare diagnosi, decidere terapia e procedere in caso di pazienti incontrati in urgenza in pronto soccorso e senza ausilio di atti o parenti con cui scambiare impressioni, spesso senza neanche la collaborazione dell’interessato). Svolgo tale attività di routine e credo di aver sviluppato sufficiente competenza e sensibilità. Preciso al collega, che forse ignora che di fatto in termini di ricadute sulla CL in verità una “modifica duratura della personalità” rischia di trovare addirittura minore sostegno ad una qualsiasi percentuale di IL, basta verificare quanto si scrive in materia di perizie rispetto ad esempio a soggetti con disturbi di personalità, che – a meno di comorbidità rilevanti o decise fasi di temporanea destabilizzazione- possono non vedersi riconosciuta alcuna percentuale di IL. Lo “spezzettamento” come lo chiama il collega, delle diagnosi, aveva da parte mia il senso proprio di motivare e dettagliare il caso nel suo articolarsi e non già di produrre un’immagine di sottovalutazione. Mi chiedo quindi qual è “l’elemento di base che sostiene la diagnosi di base” di cui parla il collega? Di fatto nelle sue due risposte non si evince uno

status che sostenga la sua posizione, elementi di “divergenza” rispetto al funzionamento passato del soggetto che motivino la “modifica della personalità” di cui va parlando. Nella \_\_\_\_\_ del 2.05.2015 registro che il Dr. \_\_\_\_\_ che ha visto la signora per l’aspetto neoplastico e che quindi ben la conosce, non cita affatto un cambiamento della personalità. Abituato a gestire situazioni così dolorose egli ben sa quanto fatti così drammatici ci tocchino ma anche che non cambiano la “personalità” semmai la affatichino, destabilizzino, provino funzionamenti noti. Il Dr. \_\_\_\_\_ infatti in data 09.2013 cita una sindrome mista ansioso-depressiva, la stessa collega \_\_\_\_\_ parla di un quadro di ansia, attacchi di panico che necessitarono di un sostegno psicologico. Faccio notare che le mie diagnosi sono coerenti con quanto registrato dagli altri curanti della signora. Al punto 2.2 si torna a parlare del test SCL 90 (come fosse una perdita di tempo e non già un approfondimento!?) e se ne parla nuovamente (pur avendo già precisato in merito nella mia precedente risposta) come se il test fosse stato eseguito nel corso delle 1,5 ore di colloquio e non già fuori dai colloqui. Mi pare che questo dato sia manipolato e ingiusto. Si dice nuovamente inoltre che “se ne è discusso”: il dato estrapolato ad hoc in verità vuole solo rimarcare che si è perso tempo e non se ne è avuto per un adeguato approfondimento. In verità il “se ne è discusso” ha il senso di dire che nel secondo colloquio sono soliti chiedere all’interessato se ci sono dubbi o problemi riferiti al test: eventuali dubbi dell’Assicurata su domande in quel frangente hanno trovato accoglimento e non già che se ne è parlato per 1,5 ore. Nello stesso punto non si discutono le mie conclusioni come errate ma si fanno congetture su eventuali motivi che possano sostenere una non adeguatezza della raccolta anamnestica e della valutazione clinica: siccome le conclusioni DEVONO essere errate, evidentemente esse sono state raccolte o male o in un tempo inadeguato... pregiudizievole e direi manipolativo. Sempre al punto 2.2 si confonde la raccolta anamnestica con il colloquio clinico e si arriva a scrivere: “mancanza di sufficiente tempo riservato all’approfondimento .... dei sintomi (riferiti o non dai pazienti)”. Preciso che in medicina i sintomi sono soggettivi certamente (mal di pancia) ma anche oggettivabili attraverso i segni (esempio attacco di panico, mancanza di respiro, pallore, dispnea, tremori). Quindi non è chiaro intanto perché un paziente che si presenta per chiedere di essere riconosciuto nella sua sofferenza dovrebbe non citare i suoi sintomi o alcuni di essi e non si comprende perché a me si imputa di non aver avuto tempo per raccogliere dati e ciò nel tentativo di inficiare le mie conclusioni, mentre nessuno chiede al collega \_\_\_\_\_ di descrivere in dettaglio gli elementi che sostengono la presunta modifica della personalità che come detto non può limitarsi ad enunciare sintomi come ansia, depressione, ritiro. Punto 2.3 si sottolinea a proposito della sindrome depressiva persistente non specificata: “ si tratta normalmente di un disturbo endogeno, dunque senza causa esterna che possa averla scatenata” e quindi non può essere adatta ad un post “TRAUMA”: la riflessione è imprecisa. Un quadro che segue un evento così drammatico come la perdita del figlio e una neoplasia produce per definizione una “reazione” che può avere aspetti ansiosi, depressivi, misti, ecc. La stessa reazione non può persistere per definizione oltre un tempo stabilito essere di massimo due anni per le reazioni depressive prolungate. A tal proposito spiegavo bene che la signora aveva presentato un quadro reattivo (non già endogeno) al momento dei fatti. Affermavo che la reazione non aveva avuto purtroppo evoluzione positiva, non si era risolta ma organizzata (sulla base di dinamiche interne-endogene) nei quadri da me descritti. Ciò significa che oltre un certo termine temporale la nosografia chiede che la diagnosi venga ridefinita e non considera plausibile (a meno di specifici casi) la prosecuzione di una reazione da cause esterne (di disadattamento) oltre i termini già detti. Rispetto alla

percentuale da me riconosciuta alla signora PER I SOLI ASPETTI PSICHIATRICI, non mi si può imputare di dover considerare anche gli effetti iatrogeni dei trattamenti che sono effetti somatici e non già solo di pertinenza psichiatrica. Punto 2.4 rigetto in toto per i motivi già ampiamente detti e di cui evidentemente si è già preso atto in precedenza Punto 2.5, mi spiace dover notare che alla voce “modifica della personalità” vengono inseriti sintomi di natura depressiva (depressione, ritiro sociale, irritabilità, insonnia) e ansiosa (senso di soffocamento, ansia, ecc). Ricordo che una modifica duratura della personalità non attiene a sintomi ma ad una sostanziale modifica del modo di viverci, di sperimentarsi, di vivere il mondo e la nostra relazione con noi stessi, l’altro e il mondo esterno: dove sono questi aspetti nelle precisazioni di cui al punto 2.5? Stiamo parlando di sintomi depressivi e ansiosi o di una modifica della personalità? Forse sarebbe utile rivedere Cosa si intende per personalità: la nostra personalità non è fatta dei sintomi che manifestiamo ma di come ci percepiamo, pensiamo, agiamo, viviamo, amiamo, ecc. Per definire una modifica duratura della personalità non è necessario ma non sufficiente che ci siano eventi catastrofici: è noto che la reazione ai fatti dipende dalla struttura di personalità del soggetto e dalle sue dinamiche interne e non solo dalla gravità del dato. Persone sopravvivono e resistono a terremoti, violenze, torture ed altri non sopportano neanche una bocciatura. La presenza di un evento tragico o catastrofico è elemento necessario ma non sufficiente perché si verifichi una modifica duratura della personalità: non possiamo semplificare dicendo che siccome c’è stata una catastrofe... deve esserci tout court una modifica della personalità. Il procedere è più complesso e meno lineare. Sempre nel punto 2.5 enunciando gli aspetti che depongono per una modifica della personalità, il collega afferma che il ritiro sociale è un criterio e che la signora manifesterebbe un “ritiro sociale con evitamento dei contatti con QUALSIASI persona”!. Ora la signora non descrive questo stato di cose e a conferma ricordo che mi ha citato la nascita dei figli di loro cari amici dicendo” io adoro quei bambini... quando li vedo sono contenta ma... non posso dimenticare che il mio non c’è più”. Quindi l’evitamento è discutibile e forse se si può confrontarsi con dei bimbi che muovono i fatti sentimenti e dolori, a maggior ragione si potrà contattare realtà e persone meno destabilizzanti sul piano emotivo. Il sentimento di minaccia riferito dal curante è comprensibile come l’aumento della vigilanza che peraltro ella dice di aver presentato anche prima: come le mamme in genere non riposava serena se \_\_\_\_\_ non era rientrato. La signora è tutt’altro che in uno stato di ottundimento: ella è vigile e presente rispetto ad un dolore che non si spegne e non lascia tregua. Questa però signora non è una malattia.. è dolore per una perdita che non si può colmare. Se è vero che non può considerarsi obbligatoriamente, in virtù del rapporto di fiducia tra paziente e curante, che il curante deponga a favore del suo assistito e non già secondo scienza e coscienza, si dovrà d’altra parte accogliere che non si può denigrare il lavoro svolto da un collega solo per esigenze di tipo “pratico”.” (doc. VI/1) 2.5. 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. 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). 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).

2.6. A finché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: *SZS 1999* pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e 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 premorbo, 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 suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.7. Come visto, 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).

2.8. In concreto, si tratta della decisione del 27 novembre 2011 (doc. AI 33-1). 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). Inoltre con sentenza 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 = DTF 141 V 9 e SVR 4/5 2015, IV Nr. 21,

pag. 62, il TF ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). 2.9. Nel caso di specie non è contestata la circostanza, accertata dai periti del SAM, che “ a livello oncologico non vi sono attualmente sostanziali limitazioni ” e dunque che vi sia stato un miglioramento della patologia (doc. AI 60-21). L'insorgente non mette in dubbio neppure la valutazione reumatologica, e meglio il fatto che la ricorrente è limitata in attività lavorative particolarmente pesanti in cui debba alzare le braccia sopra l'orizzontale più volte, in particolar modo utilizzare il braccio sinistro con forza e contro resistenza, che può alzare almeno 5 kg anche ripetutamente ma non per lungo tempo ed infine che è limitata nel mantenere per lungo tempo posizioni statiche prolungate in particolar modo con la colonna cervicale (doc. AI 60-21). L'assicurata censura invece le conclusioni della dr.ssa med.

\_\_\_\_\_ (cfr. doc. I, pag. 5), poiché ritiene che il suo referto non corrisponde ai canoni citati dalla giurisprudenza affinché ad una perizia possa essere riconosciuto pieno valore probatorio. L'interessata evidenzia che la perita ha raccolto l'anamnesi in maniera imprecisa, riportando solo 3/4 visite presso il curante, ed in media solo una volta ogni due/tre mesi, in luogo di quanto effettivamente avvenuto (1 visita settimanale, poi mensile e poi bimestrale). In secondo luogo l'interessata contesta la durata delle visite (solo 60 e 30 minuti nel corso delle quali si sono discusse le risultanze del SCL90 test). Ciò non permetterebbe una valutazione accurata ed approfondita della fattispecie. In terzo luogo le conclusioni non sarebbero logiche ricostruibili e ben motivate. La diagnosi di depressione “ non specificata ” non sarebbe corretta, poiché le cause della depressione sono conosciute (morte figlio e tumore) e alla luce delle descrizioni contenute nella perizia non è spiegabile una incapacità lavorativa solo del 25%, ritenuto oltretutto che come casalinga l'incapacità lavorativa è del 20%. La consulente non citerebbe le risorse che permetterebbero all'interessata una ripresa del lavoro. L'esame sul quale si fondano le conclusioni sarebbe inaffidabile, superficiale ed insufficiente, l'anamnesi incompleta e le conclusioni non motivate in modo coerente e ricostruibile. Per l'insorgente, motivate sono invece le conclusioni del curante (ritiro sociale) che ha citato la chiara letteratura scientifica ed a conferma della diagnosi ha indicato precisamente gli aspetti diagnostici secondo la classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali di Kemali/Maj/Masson ribadendo come si tratti precisamente dei sintomi presentati dall'assicurata. Il curante ha inoltre indicato che lo stato psichico dell'insorgente è peggiorato, ciò che ha comportato una modifica della terapia. La valutazione è stata confermata nel successivo rapporto del 28 gennaio 2015. In sede di osservazioni (doc. VIII), la ricorrente rileva inoltre la grande discrepanza tra le incapacità lavorative accertate dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ (25%) e dal curante (100%). In concreto l'interessata sostiene che si tratta di una situazione complessa, analoga a quelle per le quali il TF ha ritenuto necessari più colloqui approfonditi per una diagnosi corretta. In concreto il primo colloquio è durato 60 minuti, il secondo solo 30 minuti e all'assicurata è stato somministrato un test di cui si è discusso nel corso del secondo colloquio. Tenuto conto della raccolta dell'anamnesi personale e patologica nel primo colloquio la durata dell'esame peritale è stata molto breve.

Per l'interessata non sarebbe invece rilevante che i medici dr. med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_ abbiano diagnosticato anch'essi una sindrome ansiosa-depressiva perché non sono specialisti in psichiatria. Di fronte ad una diagnosi tanto divergente, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ avrebbe dovuto effettuare un esame maggiormente approfondito. In concreto la specialista non ha descritto la personalità della ricorrente prima degli eventi traumatici. Ciò è importante per determinare la presenza o meno di una modificazione della personalità. La ricorrente rammenta che di fronte a rapporti medici divergenti 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. Per l'assicurata, come afferma la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la diagnosi differente non porta ad una valutazione meno o più favorevole (cfr. osservazioni doc. VIII, pag. 3). I divergenti rapporti medici hanno valore equivalente. In entrambi i casi si tratta di un'interpretazione dei sintomi e non è possibile affidarsi alla giurisprudenza secondo cui il medico tende di regola ad essere più favorevole rispetto al perito. Una diagnosi corretta è però indispensabile per capire le ripercussioni sulla capacità lavorativa residua e l'impatto della terapia e quindi della prognosi che, nel caso di una modificazione della personalità, difficilmente potrà essere favorevole. 2.10. Le censure della ricorrente vanno respinte. Per quanto concerne in primo luogo l'errata indicazione della frequenza e del totale delle visite presso il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, la consulente, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha rilevato di essersi fondata sulle affermazioni della medesima ricorrente nel corso dei colloqui del 21 giugno 2014 e dell'11 luglio 2014. Dagli atti medici non emergevano del resto indicazioni in senso contrario. Ora, se da una parte una corretta anamnesi è fondamentale al fine di valutare la situazione valetudinaria della persona assicurata, d'altra parte nel caso di specie la consulente, anche dopo essere stata confrontata con il numero e la frequenza delle visite effettuate presso il dr. med. \_\_\_\_\_, dapprima settimanalmente, poi mensilmente ed infine bimestralmente (oltre che in alcuni casi in urgenza fuori dagli orari normali), ha comunque confermato, in due occasioni, nell'ambito di un approfondito esame delle contestazioni del curante, le proprie valutazioni espresse in sede peritale (doc. AI 74 e doc. VI/1). L'errore nel riportare il numero e la frequenza delle visite, dovuto alle informazioni fornite dalla medesima assicurata e non ad un esame non sufficientemente approfondito della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, nel caso di specie non ha di conseguenza avuto un'incidenza nella valutazione della diagnosi e della capacità lavorativa dell'interessata. Circa la durata dei colloqui effettuati dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, e meglio 60 minuti il 21 giugno 2014 e 30 minuti l'11 luglio 2014, va rilevato da una parte che la consulente non ha effettuato l'esame SCL90 nel corso delle visite ma "in un tempo esterno" che la ricorrente "poteva gestire secondo i suoi bisogni" e d'altra parte che il valore probatorio di un rapporto medico non dipende di massima dalla durata del consulto, quanto piuttosto dalla sua completezza e conclusione (cfr. sentenza 9C\_955/2010 del 27 ottobre 2011, consid. 4.3). La prassi non prescrive in maniera generali limiti di durata, ritenuto come il dispendio temporale dipende dal tipo di domande poste e dalla psicopatologia esaminata (cfr. sentenza 9C\_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.2 in cui l'allora ricorrente si lamentava del fatto che la perizia psichiatrica fosse basata su una sola consultazione [in quel caso di due ore]). Nel caso di specie la perita, dopo aver descritto gli atti medici ritenuti rilevanti, l'anamnesi personale e patologica, i dati clinici denunciati soggettivamente dall'assicurata, la farmacoterapia e lo status psichico ha posto la diagnosi, spiegando i motivi per i quali non ha condiviso la diagnosi del curante (doc. AI 60-28), ha tratto le conclusioni ed ha risposto alle domande poste dal SAM. Tale valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e quindi

rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi 2.5 e 2.6. La consulente si è espressa su tutte le patologie lamentate dall'assicurata, ha esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a sua disposizione ed ha valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate. Al referto va attribuita piena forza probante. Le conclusioni sono poi state confermate con le osservazioni dell'8 dicembre 2014 (doc. AI 74) e dell'8 febbraio 2015 (doc. VI/1) con le quali la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha puntualmente risposto sia alle contestazioni del curante che alle censure della ricorrente. Ulteriori colloqui oppure una valutazione su un periodo di tempo più prolungato non sono necessari. Infatti, la specialista ha diagnosticato una sindrome depressiva persistente non specificata (ICD 10, F 34.9) e non una sindrome depressiva ricorrente (ICD 10, F 33), la quale, di massima, impone invece un'osservazione più lunga nel tempo, essendo caratterizzata da fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione (cfr. ad esempio sentenza 32.2014.70 del 30 marzo 2015). Del resto, circa la diversa diagnosi posta dalla consulente (fobia situazionale: ICD 10, F 40.2; ansia non altrimenti specificata: ICD 10, F 41.9 e sindrome depressiva persistente non specificata: ICD 10, F34.9), rispetto a quella posta dal curante (modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica: ICD 10 F 62.0), va rilevato che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha spiegato, già in sede peritale e dopo aver preso visione del rapporto del 27 novembre 2013 del curante (doc. AI 51) per quali ragioni la diagnosi posta dal dr. med. \_\_\_\_\_ non trova conferma nel caso dell'assicurata. La specialista ha sostenuto di non condividere la conclusione del curante, affermando che non vi sono elementi per ritenere che la personalità si sia modificata nel senso " di un vissuto di percepirsi e relazionarsi con se stessa e con l'esterno diverso da prima ". La consulente ammette che " la perdita fa sentire che nulla sarà più uguale e che noi non saremo più gli stessi ", ciò tuttavia " in un senso profondamente diverso dalla modifica della personalità. E' il vuoto che non lascia più nulla come prima, neanche noi ". La dr.ssa med. \_\_\_\_\_ evidenzia che la ricorrente " sente di essere diversa dalla morte del figlio, di aver perso qualcosa di irrimediabile ma non diversa nel senso di come SI sente (cioè lei in merito a se stessa) ma di come SENTE, poiché sente dolore, sente un vuoto, sente una ferita incolmabile ". La specialista ha quindi sostenuto essere più coerente con la storia dell'assicurata " la presenza di una grave reazione depressiva al lutto dell'unicogenito " (doc. AI 60-28-29). Con le sue osservazioni la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha nuovamente spiegato, motivando ulteriormente e diffusamente le sue conclusioni (cfr. doc. AI 74), le ragioni per le quali conferma le sue diagnosi (fobia situazionale: ICD 10, F 40.2; ansia non altrimenti specificata: ICD 10, F 41.9 e sindrome depressiva persistente non specificata: ICD 10, F34.9) e i motivi per cui invece la diagnosi del dr. med. \_\_\_\_\_ (modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica: ICD 10 F 62.0) non è corretta (cfr. doc. AI 74-3). In particolare la consulente ha rilevato che si sommano agli aspetti psicologici di lutto e shock per la diagnosi neoplastica, quelli concreti ed oggettivi (iatrogeni) delle terapie rese necessarie per la cura del tumore, producendo un'evoluzione in un quadro depressivo persistente associato ad elementi fobico-evitanti ed ansia situazionale. La specialista ha evidenziato che non vi sono elementi per ritenere una modifica della personalità, segnatamente perché la ricorrente non descrive un vissuto interno-soggettuale di diversità, di perdita di continuità del sé. Si vive diversa per i sintomi ascrivibili alle sindromi in corso e non per una perdita-modifica della sua personalità. Questo TCA rileva del resto che, come rilevato anche dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, non si può parlare di ritiro sociale con evitamento dei contatti con qualsiasi persona. In sede peritale, nell'ambito dei colloqui con gli specialisti del SAM la ricorrente

ha riferito che pur trascorrendo le proprie giornate in modo piuttosto ritirato vede comunque un'amica di lunga data e amici del figlio deceduto la coinvolgono con visite regolari e l'affidamento, il mercoledì, dei loro figli (doc. AI 60-7, cfr. anche doc. AI 60-11: "[...] Tempo meteorologico permettendo esce poi con il marito per effettuare passeggiate oppure, con un'amica, si trasferisce nella regione di \_\_\_\_\_ o nella regione di \_\_\_\_\_, pure per passeggiate rilassanti [...] Il mercoledì di regola riceve la visita di amici del figlio scomparso per i quali la coinvolgono talvolta affidandole i loro figli [...]"). Anche lo stato di ottundimento non trova conferma, rilevato come l'interessata è vigile e presente rispetto al dolore che non si spegne e non le lascia tregua (cfr. doc. AI 60-5 e 60-12). Alla luce del referto del 21 luglio 2014 e delle puntuali e motivate osservazioni dell'8 dicembre 2014 (doc. AI 74) e dell'8 febbraio 2015 (doc. VI/1) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ questo TCA non ha alcun motivo per mettere in dubbio le diagnosi poste dalla consulente. Quanto alla valutazione dell'incapacità lavorativa, contrariamente a quanto ritiene l'insorgente, essa è stata sufficientemente motivata ed è ricostruibile. La consulente spiega che l'incapacità del 25% "è di tipo funzionale per gli aspetti di difettualità delle energie disponibili, per le note depressive e ansioso-fobiche e i limiti di caricabilità psicofisica del soggetto che necessitano ridotte esposizioni a elementi stressanti" (doc. AI 60-29). Certo, l'incapacità lavorativa come casalinga non è molto diversa, ma è pur sempre minore (20%), rispetto a quella presente nella precedente ed in qualsiasi attività (25%). Circa la frase della consulente per cui "la prognosi dipenderà dall'evoluzione organica ma anche dalla possibilità di entrare in un lavoro psicologico volto a metabolizzare la perdita e far ripartire l'orologio interno e riprendere a vivere e non solo sopravvivere" (doc. AI 60-29), che non si concilierebbe con un'incapacità lavorativa così esigua, va rilevato che essa si riferisce alla situazione soggettiva in cui vive la ricorrente, la quale non svolge alcuna attività lavorativa ma passa le sue giornate a casa o a fare passeggiate con il marito, con la sua amica o con amici (e i rispettivi figli) di suo figlio. Questo aspetto non concerne invece la valutazione della capacità lavorativa della ricorrente nella precedente attività o in un'attività leggera. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi da quanto accertato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ed in generale dal SAM. I referti del medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_ non sono atti a sovvertirne le conclusioni. Va qui rammentato che il TF ha più volte avuto l'occasione di ribadire che la differente valutazione medica tra il curante ed il perito è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C\_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010). Al ricorrente va ugualmente ricordato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (cfr. ad esempio sentenza citata 9C\_721/2012 consid. 4.4 con riferimento; sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2). Anche perché il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (sentenza 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2; SVR 2008 IV n. 15 pag. 43 consid. 2.2.1 [I 514/06]). In concreto il TCA deve di conseguenza ritenere che vi è stato un miglioramento dello stato valetudinario della ricorrente, la quale è incapace al lavoro al 25% in qualsiasi attività. 2.11. La ricorrente non contesta il calcolo del grado d'invalidità. Del resto, ritenuto che l'insorgente è inabile al lavoro al 25% in qualsiasi

attività essa non ha più diritto ad alcuna rendita. Conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di quanto esposto la ricorrente, per ridurre il danno, deve continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua precedente professione. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (cfr. sentenza 9C\_633/2014 del 15 giugno 2015, consid. 6.2 con riferimenti; DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di capacità lavorativa del 75% (25% di incapacità lavorativa) della ricorrente nella precedente ed in qualsiasi attività non dà diritto ad alcuna rendita (art. 28 cpv. 2 LAI), è a giusta ragione che l'UAI ha soppresso la prestazione. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C\_396/2009 del 12 febbraio 2010 per un'assicurata inabile al lavoro al 40% nella sua professione; in una sentenza 9C\_444/2009 del 16 settembre 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% sia nella sua precedente professione che in altre attività. Ad un'analogia soluzione è giunta l'Alta Corte anche nella sentenza 9C\_396/2009 del 12 febbraio 2010, concernente un'assicurata inabile al lavoro al 40% nella sua professione. Nella sentenza I 759/2005 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha rammentato che: " Du moment que l'intéressé est capable d'exercer son ancienne profession, une comparaison des revenus en pour-cent est indiquée (cf. ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Ainsi, le revenu d'invalide qu'il pourrait escompter gagner en mettant à profit sa capacité de travail correspond au minimum à 80% du revenu réalisable sans invalidité, dès lors que les experts du MEDAS ont attesté une diminution de rendement - de la capacité de travail - de 10% à 20%. Son incapacité de gain doit donc être fixée à 20% au maximum, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité." In concreto l'insorgente è incapace al lavoro nella misura del 25% in tutte le attività, ciò che non le permette di avere diritto ad una rendita (cfr. sentenza 9C\_633/2014 del 15 giugno 2015, consid. 6.2; cfr. anche sentenza 32.2013.91 del 26 novembre 2014; sentenza 32.2013.175 del 17 giugno 2014, confermata dalla sentenza 9C\_542/2014 del 5 febbraio 2015; sentenza 32.2012.189 del 21 febbraio 2013; sentenza 32.2010.209 del 13 gennaio 2011; sentenza 32.2010.69 del 9 dicembre 2010; sentenza 32.2010.197 del 15 dicembre 2010). 2.12. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico della ricorrente. Quest'ultima chiede tuttavia di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale disposto mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG Kommentar, Zurigo, Basilea, Ginevra 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed.; Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). In concreto dall'allegato calcolo delle prestazioni complementari valido dal 1° febbraio 2015 emerge che l'insorgente, coniugata, ha un reddito annuo di fr. 14'696 di indennità giornaliera di assicurazione contro la disoccupazione cui vanno aggiunti fr. 453 di rendita AI del coniuge, fr. 586 di rendita del secondo pilastro del coniuge e fr. 983 di prestazioni complementari del coniuge, per un ammontare mensile di fr. 3'246 ( $[14'696 : 12] + 586 + 453 + 983$ ). Già solo deducendo fr. 1'700 quale importo base per i coniugi secondo la Tabella per il calcolo del minimo di esistenza ai fini esecutivi (edita dalla CEF, quale autorità di vigilanza, stato 1° settembre 2009), fr. 425 di supplemento del 25% sul fabbisogno minimo secondo la citata giurisprudenza (STFA U 102/04 del 20 settembre 2004) e fr. 1'248 di pigione l'interessata non può far fronte al proprio fabbisogno. In queste circostanze il requisito dell'indigenza è dato. Considerato che l'interessata non dispone delle necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale, in casu l'avv. \_\_\_\_\_, appare senz'altro giustificato, e che le argomentazioni, tenuto conto dell'insieme della procedura, non erano palesemente destituite di esito favorevole, il TCA ritiene che nella fattispecie siano soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'insorgente dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; sentenza 32.2011.202 del 16 maggio 2012; STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).