

TI_GERICHTE 32.2015.45 vom 14. Mai 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-05-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.45

FR: TI_GERICHTE 32.2015.45 du 14 mai 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2015.45 del 14 maggio 2014

Erwägungen

E. 18

ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004). A sua volta, l'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.6.

Nella fattispecie in esame – vista la valutazione del 10 giugno 2013 (doc. AI 35/1-2), nella quale il medico SMR dr. _____ ha, in particolare, osservato che “(...) trattandosi di giovane donna alla 1° richiesta indicata perizia. Vedi rapporti allegati di vecchi trattamenti psichiatrici (sotto 15.8.2002), 2 rapporti di brevissime degenze 2011 CPC, rapporto AI medico di famiglia e SPS. (...)” (doc. AI 35/1) – l’Ufficio AI ha ordinato una perizia presso il CPAS (doc. AI 36/1-2 e 37/1-2). Nella perizia 19 settembre 2013 (doc. AI 38/1-10), la dr.ssa _____ e la dr.ssa _____, entrambe FMH in psichiatria e psicoterapia e direttrice rispettivamente capo clinica del CPAS, dopo aver esposto dettagliatamente gli atti considerati ai fini della valutazione, l’anamnesi, l’esame clinico secondo AMDP-System, la descrizione della giornata, il trattamento psichiatrico attuale e le informazioni da terzi – posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “(...) Disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline (ICD 10 F 60.31). Dall’anamnesi psicopatologica non si può escludere la presenza di pregresse franche fasi depressive, tali da configurare una co-diagnosi di Sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione (ICD 10 F 33.4) (...)” (doc. AI 85/10) – , hanno evidenziato: " (...) Siamo confrontati con una donna di 44 anni, di origine _____, seguita dal 2009 al 2010 dallo psichiatra Dr. _____, che certifica un disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo borderline. L'assicurata nel 2011 effettua due degenze presso la _____ di _____, durate pochi giorni. In occasione di queste oltre al disturbo di personalità viene indicato un uso dannoso di alcool. Dopo la dimissione inizia la presa a carico presso il Servizio psico-sociale di Locarno. Il medico curante Dr. _____ nel suo certificato non specifica un'inabilità lavorativa ma sottolinea che l'assicurata ha svolto sempre lavori a tempo parziale poiché non riusciva a sopportare lo stress psico-fisico. Nel questionario apposito, compilato nel dicembre 2012, l'allora datore di lavoro indica che l'assicurata soddisfa le esigenze se non supera le 4 ore e mezza giornaliere di occupazione. Il rapporto medico stilato nel gennaio 2013 dalla psichiatra curante Dr.ssa _____ certifica la presenza del disturbo di personalità emotivamente instabile e dell'uso dannoso di alcool. Indica una precedente presa a carico in _____ nel 2001. Sottolinea che la somministrazione dei farmaci antidepressivi ha causato importanti effetti collaterali per cui è stata sospesa. Certifica un'inabilità lavorativa per l'ultima professione totale dal dicembre 2011 al febbraio 2012 e pari al 70% dal marzo 2012 al momento della compilazione del rapporto medico. Dato il buon decorso clinico, ipotizza un aumento della capacità lavorativa fino al 50%, cosa che avviene come si può evidenziare nel certificato allegato alla perizia, dalla quale si evince che dal giugno 2013 l'assicurata lavora al 50%. Indica una prognosi stazionaria. In questo ambito si richiede l'attuale perizia, specificando l'eventuale persistere dell'abuso etilico e i cambiamenti che potrebbe portare l'assunzione di medicinali. La raccolta anamnestica conferma la presenza del disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo borderline. L'assicurata infatti evidenzia una certa fragilità rispetto all'identità personale, che manifesta i suoi aspetti di maggiore debolezza quando è confrontata con relazioni importanti, che diventano conflittuali, amplificano i vissuti di inadeguatezza e possono elicitare i sentimenti di vuoto e solitudine allorché hanno termine. Proprie del disturbo di personalità sono anche le condotte autolesive, l'assicurata si procura tagli alle braccia fin dalla prima età adulta e solo recentemente sta imparando a meglio gestire i momenti di tensione endopsichica e di discontrollo emotivo. Negli anni l'assicurata ha mantenuto diverse occupazioni, presentando però varie fasi di scompenso, spesso in corrispondenza a conflitti relazionali; queste possono venire ricondotte a un funzionamento più deficitario del disturbo di personalità (elicitandone gli eventi gli elementi più disfunzionali) o franchi episodi depressivi. In questi

periodi aumentava anche l'uso di alcool. Considerando questi elementi, l'evoluzione del quadro clinico nell'ultimo periodo risulta positiva, come rilevato anche dalla psichiatra curante. Come previsto dalla stessa l'assicurata ha mantenuto un'occupazione nell'attività della ristorazione, che particolarmente ama, in una percentuale pari almeno al 50%.

L'assicurata non ha trovato difficoltà a confrontarsi con percentuali lievemente superiori mentre quando era costretta a lavorare al 70-80% il suo stato psichico presto ne risentiva. La recente certificazione di inabilità lavorativa totale (vedi certificato della curante allegato) era dettata da un cambio della mansione all'interno dell'albergo dove lavorava, con la richiesta all'assicurata di assumere un ruolo direttivo e di gestione degli altri. L'assunzione di questi compiti, data la fragilità personologica, ha determinato uno scompenso allorché si è trovata confrontata con situazioni di conflittualità e di tipo agonistico. Nonostante questo evento, legato alla richiesta inopportuna di assumere un ruolo di responsabilità, l'assicurata presenta una condizione di discreto compenso psichico e anche un buon adattamento alla nuova realtà abitativa. Il disturbo di personalità risulta essere sufficientemente contenuto nei suoi aspetti disfunzionali emotivi e comportamentali: l'assicurata, nonostante il recente disagio esperito sul luogo di lavoro, da 5 mesi non attua più comportamenti autolesivi (tagli alle braccia). Verosimilmente questo avviene anche grazie alla presa a carico soprattutto psicologica avuta, della quale ha beneficiato; il seguito specialistico l'ha aiutata ad essere più consapevole di alcuni aspetti del proprio funzionamento (per esempio gli agiti autolesivi) e riuscire a contenerli. La consapevolezza del proprio modo di porsi all'interno delle relazioni pregnanti dal punto di vista affettivo risulta essere invece tuttora parziale e questo rappresenta tuttora un ambito di fragilità e che può favorire scompensi futuri.

L'assicurata in passato ha assunto farmaci che le hanno procurato importanti effetti collaterali e per questo attualmente non gliene sono prescritti. Essendo in presenza di un disturbo personologico, l'opzione farmacologica appare di secondo piano. L'utilizzo di alcool ha una funzione curativa rispetto ai vissuti depressivi e all'instabilità emotivo-comportamentale. Risulta essere episodico, non determina una condizione di dipendenza e non ha un'influenza significativa sulla capacità di lavoro. La prognosi per un aumento della capacità lavorativa rispetto a quella da noi certificata risulta incerta, data la condizione di fragilità dettata dal disturbo personologico. Considerando però l'evoluzione positiva avuta nell'ultimo periodo, si consiglia una rivalutazione del quadro clinico a distanza di 12-18 mesi. (...)" (doc. AI 38/7-8)

Circa le conseguenze sulla capacità di lavoro i periti hanno concluso: "(...) 1. Descrizione di risorse e deficit – secondo schema MINI ICF – APP – 1. Rispetto delle regole : grado di disabilità nullo. Rispetta gli appuntamenti di lavoro, non fatica ad adattarsi alla routine quotidiana o a integrarsi nei processi organizzativi. 2. Organizzazione dei compiti : grado di disabilità nullo. Sa dedicare il tempo adeguato al lavoro e alla vita privata. Dopo il raggiungimento degli scopi, riesce a distaccarsi e a concentrarsi su altri interessi. 3. Flessibilità : grado di disabilità lieve-medio. Può presentare difficoltà ad adattarsi alle nuove situazioni, data l'incertezza identitaria, la labilità emotiva, la facile elicitazione di vissuti di inadeguatezza e ansia. Può manifestare reazioni di disagio nei confronti dei cambiamenti. Non riesce a gestire ruoli di leadership. 4. Competenze : grado di disabilità da nullo a medio. Generalmente riesce ad esplicitare le proprie competenze, pur presentando una certa esauribilità sul medio termine. Di fronte a situazioni conflittuali possono però scatenarsi reazioni emotivo-comportamentali incontrollate in grado di inficiare anche in modo consistente le risorse presenti. 5. Giudizio : grado di disabilità lieve-medio. Può essere in difficoltà nel giudicare in modo flessibile e articolato situazioni e ambienti. 6. Persistenza : grado di disabilità lieve. Generalmente

riesce ad assolvere i compiti nei tempi previsti ma sul lungo termine, verosimilmente a causa della tensione endopsichica che comporta il confronto con la realtà lavorativa, può avere maggiori difficoltà e necessitare di più tempo. 7. Assertività : grado di disabilità medio. Fatica a costruire una relazione di tipo cooperativo a causa della fragilità personologica. Quando qualcuno si propone con modalità agonistiche tende a subire per poi manifestare reazioni comportamentali discontrollate o scompensi depressivi. 8. Contatto con gli altri : grado di disabilità nullo. Riesce a mantenere buone relazioni informali. E' gratificata dalla componente relazionale del proprio lavoro. 9. Integrazione nel gruppo : grado di disabilità da nullo a medio. Riesce a integrarsi nel gruppo se si percepisce accolta e considerata nelle proprie capacità. Fatica molto a gestire l'eventuale insorgenza di conflitti interpersonali. 10. Relazioni intime : grado di disabilità da lieve a medio. La conflittualità nelle relazioni affettive è un fattore di rischio per la comparsa di franchi scompensi. Attualmente mantiene un rapporto con un compagno che è migliorato dopo la fine della convivenza. Sta costruendo una cerchia di amicizie. I rapporti con la famiglia di origine sono discreti. 11. Attività spontanee : grado di disabilità nullo. Riesce a mantenere i propri hobby traendone piacere. 12. Cura di sé: grado di disabilità nullo. È in grado di provvedere a sé senza limitazioni. Allo stesso modo gestisce i vari ambiti dell'economia domestica senza problemi di rilievo. 13. Mobilità : grado di inabilità nullo. Utilizza i mezzi pubblici senza difficoltà. Riesce anche a raggiungere nuovi posti senza grossi problemi. 2. Conclusioni Visto il positivo decorso si giustifica una capacità lavorativa pari al 60% (diminuzione dell'orario, rendimento pieno) per l'ultima, che risulta essere un'attività confacente. Altre attività confacenti al quadro clinico risultano essere quelle piuttosto semplici, che non richiedano una grande flessibilità o sforzo mentale, che prevedano un contatto con la clientela. L'assicurata può lavorare in team se inserita in contesti ambientali accoglienti e in cui non debba assumere ruoli gestionali. La capacità lavorativa come casalinga risulta piena. Rispetto al passato, in base a quanto da noi raccolto anamnesticamente è giustificata la valutazione della psichiatra curante che identifica un'inabilità lavorativa totale dal dicembre 2011 al febbraio 2012, pari al 70% da marzo 2012 al maggio 2013 e al 50% dal giugno 2013 fino ad ora. A partire dall'attuale perizia l'inabilità lavorativa è del 40%. L'assicurata attualmente ha un'occupazione che però presenta elementi di difficoltà legati ai pregressi conflitti relazionali. In caso di perdita del lavoro è opportuno un aiuto da parte dell'UAI per la reintegrazione professionale sotto forma di aiuto al collocamento e sostegno in una fase iniziale. (...)" (doc. AI 38/8-10) L'Ufficio AI – viste le risultanze peritali, ritenuto il rapporto finale SMR 23 settembre e l'annotazione 4 ottobre 2013 del dr. Lurati (doc. AI 39/1-3 e 41/1) e viste le tabelle elaborate il 7 ottobre 2013 (doc. AI 42/1-4 e 43/1-4) nonché il rapporto finale del consulente in integrazione professionale del 30 ottobre 2013 (doc. AI 45/1-3) – con decisione 14 maggio 2014 ha riconosciuto il diritto a tre quarti di rendita dal 1. maggio al 30 settembre 2013 (doc. B). 2.7. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c;

Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA 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 125 V 353 consid. 3b/bb, 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 551). 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). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, 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. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune

raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Nella STF 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56 pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: "(...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) 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_947/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 4.2; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011 consid. 5.4; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011 consid. 6; 8C_828/2007 del

E. 23

aprile 2008 consid. 7; DTF 125 V 353 consid. 3a/cc; Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a/cc; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 398-399). 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; vedi anche Meyer/Reichmuth, op. cit, ad art. 28a, pag. 395). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita

d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del CPAS. I periti, infatti – evidenziato che “(...) l'evoluzione del quadro clinico nell'ultimo periodo risulta positiva, come rilevato anche dalla psichiatra curante. Come previsto dalla stessa l'assicurata ha mantenuto un'occupazione nell'attività della ristorazione, che particolarmente ama, in una percentuale pari almeno al 50%. L'assicurata non ha trovato difficoltà a confrontarsi con percentuali lievemente superiori mentre quando era costretta a lavorare al 70-80% il suo stato psichico ne risentiva. [...] Il disturbo di personalità risulta essere sufficientemente contenuto nei suoi aspetti disfunzionali emotivi e comportamentali: l'assicurata, nonostante il recente disagio esperito sul luogo di lavoro, da 5 mesi non attua più comportamenti auto lesivi (tagli alle braccia). Verosimilmente questo avviene anche grazie alla presa a carico soprattutto psicologica avuta, della quale ha beneficiato; il seguito specialistico l'ha aiutata ad essere più consapevole di alcuni aspetti del proprio funzionamento (per esempio gli agiti auto lesivi) e riuscire a contenerli. (...)” (doc. AI 38/8) –, hanno concluso che “(...) rispetto al passato, in base a quanto da noi raccolto anamnesticamente è giustificata la valutazione della psichiatra curante che identifica un'inabilità lavorativa totale dal dicembre 2011 al febbraio 2012, pari al 70% da marzo 2012 al maggio 2013 e al 50% da giugno 2013 fino ad ora. A partire dall'attuale perizia l'inabilità lavorativa è del 40%. (...)” (doc. AI 38/9). La dettagliata ed approfondita valutazione del CPAS (confermata anche dal dr. _____ nel rapporto finale SMR del 23 settembre 2013 sub. doc. AI 39/1-3) non è stata del resto validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. Quanto al certificato medico del 30 marzo 2015 – nel quale il dr. _____, medico assistente del SPS di _____, (senza porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta, senza confrontarsi con la perizia 19 settembre 2013 del CPAS e in modo del tutto generico) ha attestato una inabilità lavorativa del “(...) 50% dal 30.03.2015 al 30.09.2015. Si ritiene la paziente abile su un impiego con occupazione di 5 ore al di e al massimo. (...)” (doc. C) – questo Tribunale (conformemente alla succitata giurisprudenza; cfr. consid. 2.7) può fare proprie le conclusioni dell'Ufficio AI secondo cui “(...) lo scarno certificato medico del Dr. _____ non può essere preso in considerazione ai fini del presente giudizio in quanto del tutto generico (vale a dire privo delle necessarie diagnosi, dei disturbi soggettivi, delle considerazioni oggettive, della prognosi, delle eventuali osservazioni conclusive, ecc.), non sufficientemente circostanziato e non conforme ai criteri stabiliti dalla giurisprudenza applicabile in materia. (...)” (X). In conclusione, rispecchiando la perizia 19 settembre 2013 del CPAS tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7) e ritenuto che la

situazione valetudinaria è stata valutata in maniera approfondita, a ragione l'Ufficio AI ha ritenuto una capacità lavorativa del 60%, tanto nella sua abituale quanto in un'attività adeguata, dal settembre 2013. Va qui ricordato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché, come accennato (cfr. consid. 2.7) alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente e 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 (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). All'assicurata va comunque fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una nuova domanda di prestazioni. Il presente giudizio non pregiudica infatti eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (DTF 130 V 140 e 129 V 4). Al riguardo va evidenziato che lo stesso Ufficio AI – rilevato come il certificato medico del 30 marzo 2015 del dr. _____ si riferisse ad un'epoca posteriore alla decisione impugnata – ha osservato che: “(...) la questione inerente un eventuale peggioramento dello stato di salute della Signora RI 1 esula pertanto dalla presente disputa davanti al TCA e dovrà – se del caso – formare oggetto di un nuovo provvedimento amministrativo. (...)” (X). 2.9. Visto che l'assicurata presenta una capacità lavorativa del 60% in un'attività semplice e ripetitiva – partendo dai redditi stabiliti dal consulente IP per il 2012 e non contestati: da valido di fr. 49'412.-- e da invalido di fr. 53'804.91 (cfr. le tabelle elaborate il 7 ottobre 2013 sub doc. AI 42/1-4 e 43/1-4) –, nel 2013 (anno rilevante vista la soppressione della rendita a contare dal mese di ottobre), il reddito da valido ammonta a fr. 49'757.88 (49'412.--aumentati dello 0.7% secondo la stima dell'evoluzione dei salari nominali) e quello da invalido a fr. 30'883.48 (53'804.91 aumentati dello 0.7% secondo la stima dell'evoluzione dei salari nominali x 60% e ridotti del 5% [come rettammente fatto, ai sensi della STCA 32.2012.36 del 31 gennaio 2013 confermata dal TF nella STF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, dall'Ufficio AI con la risposta di causa]). Ritenuti un reddito da valido di fr. 49'757.88 e da invalido di fr. 30'883.48, si ottiene un grado d'invalidità del 38% ($[49'757.88 - 30'883.48] \times 100 : 49'757.88 = 37.93\%$ arrotondato al 38% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). Di conseguenza, visto il miglioramento dello stato di salute dal giugno 2013 e considerato il grado d'invalidità non pensionabile del 38%, è a giusto titolo che l'amministrazione ha riconosciuto il diritto a tre quarti di rendita fino al 30 settembre 2013 (cfr. consid. 2.3 e 2.5). 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, il ricorso va dunque respinto e la decisione impugnata confermata. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.