

TI_GERICHTE 32.2015.47 vom 23. Februar 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-02-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.47

FR: TI_GERICHTE 32.2015.47 du 23 février 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.47 del 23 febbraio 2015

Regeste

Nuova domanda di prestazioni. Viste le valutazioni del medico SMR e considerato che va confermata la CL residua nell'attività abituale dell'80% dal nov. 2007 e del 100% dall'ott. 2009 (non provato un peggioramento dello stato di salute), a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni

Erwägungen

E. 4

cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)" (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza 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). 2.4. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso;

se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (STF 9C_80/2013 del 18 settembre 2013, consid. 3.2). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 41 vLAI, art. 87 segg. OAI; Pratique VSI 1999, pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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). Al riguardo nella DTF 140 V 2 l'Alta Corte ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88 bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. 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). 2.5. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.4), l'Ufficio AI è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni del mese di marzo 2012. L'amministrazione, visti il certificato medico 16 ottobre 2012 con l'elenco delle prossime consultazioni e il rapporto medico 22 ottobre 2013 del dr. _____ (doc. AI 284/3-5 e 289/1-5), li ha sottoposti al medico SMR dr. _____ che, nell'annotazione dell'8 gennaio 2014, ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) Domanda AI presentata il 26.03.2012: A tale riguardo prendo nozione del rapporto AI del dr. _____ del 28.10.2013: premetto che la decisione AI cresciuta in giudicato risale ad aprile 2012, pertanto si deve considerare un'eventuale modificazione dello stato di salute a partire da questa data. Sono inoltre presenti in atti, dello stesso dr. _____, un certificato generico di abilità lavorativa 25% dal 16.10.2012 datato 16.10.2012 e una lista di appuntamenti presso lo stesso medico nell'ordine di due sedute al mese da gennaio 2013 a dicembre 2013. In base alla stessa decisione AI e alle sentenze giudiziarie cresciute in giudicato, non é sostenibile la diagnosi di depressione ricorrente, essendo ormai accertata l'assenza di qualsiasi patologia psichica con influsso sulla capacità lavorativa fino ad aprile 2012. Dal rapporto del dr. _____ dovrebbe quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. Tale modifica non appare comprovata nel rapporto giacché non è obiettivato quali aspetti concreti nell'evoluzione dell'eventuale malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica

e alla stima dell'entità dei nuovi disturbi. In particolare, l'anamnesi riporta l'opinione soggettiva dell'A.ta con incongruenze palesi, quali la morte di un figlio neonato, chiaramente accertate in sede penale. La descrizione dei sintomi si incentra in una generica riduzione d'attenzione e concentrazione: l'incapacità lavorativa é certificata nello stesso rapporto inizialmente al 100% da ottobre 2011 continua, in seguito al 75% con indicazione precisa di

E. 8

ore settimanali, nozione che corrisponde esattamente a quanto dichiarato dal datore di lavoro _____ nel rapporto del 15.11.2013. In conclusione, non emergono elementi oggettivi per giustificare una diagnosi di episodio depressivo di grado medio, insorto dopo la decisione AI cresciuta in giudicato. In base agli accertamenti, alle sentenze e alla decisione AI, l'A.ta non ha sofferto fino ad aprile 2012 di alcun disturbo psichico con influsso sulla capacità lavorativa, ragione per cui, secondo ICD 10, dovrebbero essere segnalati come elementi di novità, non dunque riferiti al passato o a generiche ingiustizie (elementi inconsistenti sia dal lato medico sia in base al giudizio penale): umore deflesso a un livello abnorme per il soggetto di nuova insorgenza, mancanza d'interesse e piacere per attività che sono normalmente piacevoli, diminuita energia. Poiché almeno due di questi tre elementi devono essere presenti per porre diagnosi di episodio depressivo di qualsiasi gravità, è sufficiente osservare l'interesse e l'energia con cui l'A.ta sta difendendo le proprie posizioni per escludere la diagnosi di episodio depressivo di qualsiasi severità di nuova insorgenza secondo ICD 10. Per quanto riguarda l'umore abnormemente deflesso per il soggetto, elemento comunque insufficiente da solo a porre diagnosi di episodio depressivo, questo non è sufficientemente oggettivato nel rapporto come elemento nuovo bensì segnalato con riferimento al vissuto passato, il che è palesemente incongruente con gli accertamenti eseguiti e i fatti accertati anche in sede penale. Non emergono dunque elementi che modificano la valutazione CPAS di agosto 2011, onde per cui non è giustificato un peggioramento dello stato di salute e rimane valevole, dal lato medico-psichiatrico, quanto appurato in precedenza in via definitiva. (...) " (doc. AI 299/1-2) Ritenute le osservazioni del 1. aprile 2014 dell'avv. _____ al progetto di decisione 22 gennaio 2014 (doc. AI 316/1-2 = doc. B) e considerata l'annotazione 18 aprile 2014 del dr. _____ (doc. AI 318/1), l'Ufficio AI ha chiesto un nuovo rapporto medico al dr. _____ (vedi il rapporto del 15 luglio 2014 sub doc. AI 320/1-5) e ulteriori informazioni alla Cassa malati _____ (doc. AI 319/1, 321/1-9 e 322/1-6). Con annotazione 23 ottobre 2014 (doc. AI 324/1-4) il dr. _____ ha evidenziato: " (...) Riguardo alla nuova richiesta di prestazioni ed entrata in materia, sono opportune alcune considerazioni sui rapporti AI del Dr. _____, pervenuti il 28.10.2013 rispettivamente il 18.07.2014: Nel rapporto di ottobre 2013: 1. Diagnosi: Sindrome depressiva ricorrente (sussistente da svariati anni) episodio attuale di media gravità da ottobre 2011 (ICD 10: F 33.1). Sulla base della perizia del Dr. _____ del 29.08.2011 e delle indagini mediche e non mediche eseguite a livello assicurativo e penale, con relative sentenze amministrative cresciute in giudicato, non vi è alcuna evidenza di episodi depressivi antecedenti la presa a carico presso il Dr. _____ il 12.10.2011. Pertanto, la nozione di sindrome depressiva ricorrente, sussistente da svariati anni, non è giustificabile. Può essere oggetto di discussione la nozione di episodio depressivo, insorto al momento della presa a carico presso il Dr. _____. 2. Anamnesi: secondo quanto scrive lo psichiatra, il primo dei figli dell'assicurata sarebbe deceduto per morte bianca. Questo fatto – secondo gli accertamenti svolti dal Ministero pubblico – non è mai avvenuto. Nel rapporto di ottobre

2013 viene anche descritta la situazione sanitaria del marito, tra l'altro paziente dello stesso medico da ottobre 2010: "La paziente, al tempo stesso, ha dovuto confrontarsi con una grave patologia del coniuge, al quale è stata posta negli ultimi anni una diagnosi di sieropositività per HIV, oltre ad una grave pneumopatia e ad una sindrome depressiva ricorrente con secondari abusi etilici". 3. Prognosi: incapacità "al guadagno" del 70% con prognosi favorevole per un futuro miglioramento della "capacità lavorativa" al 50%. 4. Medicamenti: Fluoxetina 60mg/die, Stilnox 12.5mg/die; Temesta exp 2.5mg al bisogno. 5. Incapacità lavorativa: IL 100% da ottobre 2011 continua. " L'attuale quadro depressivo mina la possibilità di una capacità lavorativa maggiore al 25%, essendo ridotte la capacità di tollerare le relazioni e gli stress professionali ed interpersonali, essendo ridotta la capacità di concentrazione e di attenzione e presentando la paziente una fragilità emotiva, che minano il suo ruolo di infermiera" . Nel rapporto di luglio 2014: 1. Diagnosi: Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità da ottobre 2011 (ICD 10: F 33.1) con aggravamento da aprile 2014 . Valgono, di principio, le considerazioni esposte sopra. Si tratterebbe ancora di un episodio depressivo di grado medio, ma più grave da aprile 2014. 2. Anamnesi: "...in ambito familiare la paziente ha dovuto confrontarsi con un crescente aggravamento delle condizioni di salute fisica del marito, che nel corso del 2014 ha presentato una crescente perdita di autonomia ed in questo contesto di grave squilibrio fisico del marito la paziente ha potuto ritrovare insieme ai figli un rapporto più sereno, conflittuale con il marito stesso, il quale ha interrotto i suoi abusi etilici ed giunto anche a riconoscere gli sforzi umani ed affettivi compiuti dalla moglie nei suoi come pure anche il suo affetto nei confronti della paziente stessa e dei figli... Il marito della paziente è deceduto in data 15.03.2014, in modo improvviso ed inaspettato, ciò che ha creato uno stato di malessere e di ansia ed angoscia di separazione nella paziente e nei figli. In questo contesto, dall'aprile 2014 la paziente ha presentato un aggravamento del suo quadro depressivo" . L'aggravamento è legato al lutto improvviso. Il fatto che si sia trattato di un decesso inaspettato appare poco probabile: lo stesso Dr. _____ descrive come molto gravi le condizioni cliniche del marito in entrambi i rapporti. Inoltre, dalla documentazione medica concernente il Sig. _____, si evince che le condizioni respiratorie erano molto compromesse almeno da gennaio 2013 con uso pressoché continuo di ossigeno. In tali condizioni di salute, il decesso è un evento purtroppo atteso, soprattutto per un'infermiera, cioè una persona che ha nozioni medico-sanitarie. 3. Prognosi: "Attualmente non determinabile un eventuale aumento di una capacità lavorativa in misura parziale del 50%". 4. Medicamenti: Fluoxetina 60mg/die; Deanxit 0-0-0-1 (+1); Stilnox 12.5 mg/die. 5. Incapacità lavorativa: IL 70% da ottobre 2011 continua. " La depressione attuale, aggravata anche da un recente lutto per il coniuge, impedisce una capacità affettiva e relazionale in ambito sociale e professionale ed una capacità di tolleranza degli stress professionale e sociali, vivendo la paziente un certo pessimismo rispetto al suo futuro, con una riduzione della sua autostima e della sua iniziativa ed interesse rispetto al mondo esterno, sociale e professionale". Sarebbe esigibile un'attività di 2 ore al giorno. Dalla lettura dei due rapporti emergono le seguenti discrepanze: a. La valutazione in percentuale della capacità lavorativa è migliore nel 2° rapporto: CL 30% vs. CL 0%, sempre da ottobre 2011, nonostante il certificato aggravamento per la morte del marito. Il dr. _____ non presenta alcuna giustificazione oggettiva a sostegno del diverso apprezzamento. Intuitivamente, se l'assicurata nell'ottobre 2013 presentava un'IL 100% da ottobre 2011, altrettanto avrebbe dovuto presentare un'IL completa in luglio 2014, in presenza dell'aggravamento dello stato di salute per il lutto subito. b. Presa dei medicamenti: Se è

vero che l'assicurata assume 3 cps di Fluoxetina al giorno (20mg x3), essa dovrebbe prendere 1095 cps all'anno. Ora, dalla fatture di farmacia, risultano 200 cps nel 2013 (100 cps: 25.03.13, 100 cps: 23.09.13); nel 2012: 100 cps 28.09.12, 100 cps 17.11.12; volutamente non considero il 2011 dove non risulta fluoxetina prescritta dal Dr.

_____ ma, in data 22.10.11: Temesta 1mg 50 cps, Trittico 50mg 30 cps, Cipralex 10mg 28 cps. Appare del tutto verosimile che la compliance al trattamento antidepressivo non è rispettata. Sono inoltre presenti prese saltuarie di Stilnox e Temesta 2.5 mg che denotano come l'assunzione anche di questi medicinali non è regolare. c. Nell'analisi dei rapporti medici-psichiatrici sopra esposta, ho volutamente tralasciato la questione concernente il rapporto con l'UAI, causa di angoscia e incertezza nella paziente secondo lo psichiatra e, apparentemente, motivo scatenante della sintomatologia depressiva. Non sono ovviamente a conoscenza di quanto l'assicurata abbia riferito di sè al Dr. _____. Appare sufficientemente chiaro dal rapporto di ottobre 2013 che lo psichiatra faccia risalire la sofferenza psichica della sua paziente alla morte bianca del 1° figlio. Tuttavia, questo fatto è avvenuto nel 1988 e non si ha alcuna prova di un intervento medico di qualsiasi tipo in quella circostanza. d. È ugualmente provato che l'assicurata ha prodotto certificati medici contraffatti se non addirittura intestati a persone inesistenti, come nel caso della psicologa da cui sarebbe stata in cura dopo la presunta morte del figlio. In un plico di _____ ricevuto il 16.06.2009 e datato 13.10.2008 si trova un rapporto medico in cui si pone la diagnosi di gravidanza gemellare con minaccia d'aborto. Attestata IL dal 15.09.2008. Il rapporto è sottoscritto da _____, ginecologia. In un altro rapporto di questa dottoressa, nello stesso plico, la Dr.ssa scrive che il parto era previsto per il 30.05.2009. In merito a questa gravidanza gemellare, nell'interrogatorio 12.10.2010, l'A. ammette di non avere mai avuto gravidanze gemellari. Gli accertamenti hanno poi permesso di stabilire che tale dottoressa _____ non esiste e che questo non è nient'altro che il nome della madre dell'assicurata. Sempre nel plico citato di _____ si trovano svariati rapporti della dr.ssa _____. Il nome di questa dr.ssa si trova anche tra i documenti della _____. Sempre di questa dottoressa si trovano certificati anche negli atti della _____. Tra questi documenti, si trova un certificato medico redatto dalla stessa dr.ssa che attesta che in data 10.05.2009 sarebbe previsto un parto. Su di un altro rapporto è scritto che il parto sarebbe, invece, stato previsto il 30.10.2009. Sempre tra i documenti _____, si trova una nota datata 04.10.2004, su di una conversazione avuta con l'assicurata, secondo cui avrebbe perso un bambino al 24.09.2004. Si trova un altro certificato medico in cui si legge che l'assicurata, gravida alla quinta settimana, è inabile dal 23.12.2003. Parto previsto il 24.09.2004. Questo bimbo sarebbe dunque nato a termine e morto nello stesso giorno – il 24.09.2004. Nella lettera dell'UAI datata 31.08.2009 all'Ospedale di _____ si menziona un certificato 11.09.2002 della psicologa _____, dichiarata in seguito come mai esistita. Via fax il 16.09.2009 l'ospedale di _____ informa che presso di loro non ha mai lavorato una psicologa di nome _____. e. L'intera storia dell'assicurata dimostra in modo incontrovertibile le abilità manipolatorie della signora, la sua abilità ad agire in modo lucido e calcolato nel produrre prove a suo favore: ad esempio, nelle osservazioni pervenute il 12.09.2013, l'assicurata presentava un foglio con la lista delle consultazioni presso il Dr. _____ dall'11.01.2013 al 06.09.2013, foglio privo di data intitolato "Prossime consultazioni RI 1 ". Appare chiaro che la signora voglia così dimostrare di essersi recata regolarmente dal medico. Inoltre, 2011-2014, essa si oppone con forza al sequestro della sua autovettura con targa italiana, con ultimo reclamo respinto il 30.01.2014 dalla Corte dei reclami penali.

Valutata come certa l'insussistenza di una depressione ricorrente, per quanto più sopra affermato, si considera l'eventuale diagnosi di episodio depressivo, cioè l'insorgenza di una nuova patologia in ottobre 2011. Non può essere vero che l'assicurata ha "dovuto ammettere" di avere commesso atti illegali per evitare uno "stato di fermo" e restare con i propri figli e che, "di fronte a questi contesti", abbia necessitato di un trattamento specialistico. L'assicurata dal 2003 via non presentava segni o sintomi di depressione, ha lavorato in modo regolare e con soddisfazione dei datori di lavoro. Si vedano le considerazioni poste all'inizio della presente annotazione: La psichiatra SPS, Dr.ssa _____, ha, infatti, scritto all'UAI il 24.12.2013 che non avrebbe certificato alcuna incapacità lavorativa in quel lasso di tempo se fosse stata a conoscenza che la sua paziente lavorava. La stessa psichiatra curante Dr.ssa _____, che ha avuto in cura l'assicurata nel periodo 2003-2007 lascia intuire nel suo scritto di essere stata manipolata dalla sua paziente. Per il periodo successivo, fino all'ottobre 2011, fa stato la perizia del Dr. _____, di assenza di patologia psichiatrica. Il Dr. _____ fa dunque risalire l'origine dei sintomi a situazioni non verosimili, non solo per quanto concerne la vertenza con l'UAI, ma anche adesso la morte improvvisa del marito quando questi, secondo la documentazione medica che lo concerne, era in uno stato di salute critico, a rischio di morte imminente, almeno da inizio 2013. Appare poi peculiare che il certificato più recente presenta una capacità lavorativa migliore nonostante l'aggravamento per il lutto, e le 2 ore lavorative coincidano con le 2 ore giornaliere certificate dal datore di lavoro _____ per il periodo 01.06.13-30.06.13 e non differiscono in modo significativo dal rapporto di _____ di 1.60 ore giornaliere dal 01.09.13. La descrizione di status offerta dallo psichiatra non varia tra le due certificazioni: ora, da ottobre 2011 a fine 2013, l'assicurata è stata molto combattiva nel difendere se stessa e i suoi interessi, si veda ad esempio l'episodio dell'automobile. Questo modo di porsi verso se stessa e il mondo è in netto contrasto con un umore depresso chiaramente abnorme, non denota perdita di autostima, d'interesse o piacere per il mondo esterno, sociale, professionale. Infatti, senza l'automobile, non sarebbe in grado di lavorare come infermiera a domicilio. Non sono, dunque, soddisfatti i criteri minimi e necessari per porre diagnosi di episodio depressivo di qualsiasi gravità secondo ICD-10. Riguardo la presa di medicinali, l'assicurata ha ritirato in farmacia medicinali ansiolitici e depressivi in quantitativi annuali similari dal 2004 via, senza mai, tuttavia, prendere il quantitativo necessario a una terapia medicamentosa regolare e aderente a quanto certificato dal Dr. _____. Infine, il 17.10.2014, l'assicurata ha costituito l'_____ per offrire aiuto agli anziani nel suicidio assistito, dimostrando ulteriormente capacità imprenditoriali e motivazionali che non sono verosimilmente presenti in un soggetto depresso di qualsiasi gravità. In conclusione, per l'insieme dei motivi sopra enunciati, non è giustificato procedere oltre dal lato medico-psichiatrico, poiché non è oggettivata alcuna modificazione dello stato di salute da ottobre 2011 via rispetto allo stato comprovato fino a quella data. (...)" (doc. AI 324/1-4) Considerate le succitate annotazioni del dr. _____, con decisione 23 febbraio 2015, l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni (doc. AI 329/1-3). 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), 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) Va poi evidenziato 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 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 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) 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_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Inoltre, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). 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 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 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 psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7.

Nell'evenienza concreta, richiamata la suesaposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le succitate conclusioni a cui è giunto il medico SMR dr. _____ il quale – considerati i rapporti medici del 22 ottobre 2013 e del 15 luglio 2014 del dr. _____ (cfr. doc. AI 289/1-5 e 320/1-5) – ha stabilito che “(...) non è giustificato procedere oltre dal lato medico-psichiatrico, poiché non è stata oggettivata alcuna modificazione dello stato di salute da ottobre 2011 via rispetto allo stato comprovato fino a quella data. (...)” (doc. AI 324/4). Infatti – ancorché dovesse risultare evidente la necessità di confrontarsi con la perizia del CPAS del 29 agosto 2011 (doc. AI 255/62-89); nella STCA del 15 novembre 2012 questo Tribunale aveva già evidenziato che “(...) In concreto, ritenuto che l'insorgente disponeva della perizia del CPAS del 29 agosto 2011, la stessa avrebbe potuto e dovuto produrre la certificazione medica del suo asserito nuovo curante dr. _____ e non limitarsi a chiedere l'audizione dello stesso oltre ad una nuova perizia giudiziaria. Per un caso in cui questo Tribunale, alla luce del tempo trascorso nel frattempo e considerato il fatto che fosse lecito attendersi che i documenti medici preannunciati venissero prodotti “ entro un termine ragionevole”, ha concluso che l'insorgente ha rinunciato alla produzione di ulteriori atti medici vedi la STF 8C_45/2010 del 26 marzo 2010 con la quale il TF ha confermato la STCA 35.2009.86 del

E. 10

dicembre 2009 . (...)” (doc. AI 261/27) – il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nei succitati rapporti medici del 22 ottobre 2013 e del 15 luglio 2014 (cfr. doc. AI 289/1-5 e 320/1-5), non si è minimamente confrontato con la suddetta perizia del CPAS. Lo stesso sanitario è poi caduto in contraddizione allorquando nel rapporto medico del 15 luglio 2014 – ancorché abbia attestato un peggioramento della situazione valetudinaria (cfr. il punto 1.7 del rapporto sub doc. AI 320/4) – ha certificato una riduzione della capacità

lavorativa residua inferiore a quella indicata nel precedente rapporto medico del 22 ottobre 2013 (70%-80% contro 75%-100%; cfr. punti 1.7 sub doc. AI 320/4 e punti 1.6 e 1.7 sub doc. AI 289/3). L'aumento della capacità lavorativa attestato nel rapporto del 15 luglio 2014 non parla certo a favore di un episodio depressivo subentrato dopo il precedente rapporto del 22 ottobre 2013. Inoltre, questo Tribunale può fare proprie le pertinenti motivazioni in base alle quali il dr. _____ da una parte ha escluso la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente e dall'altra ha concluso che non sono soddisfatti i criteri minimi e necessari per porre la diagnosi di episodio depressivo di qualsiasi entità secondo l'ICD. Questo vale a maggiore ragione se si ricorda che nella STCA del 15 novembre 2012, cresciuta in giudicato – con considerazioni vincolanti in questa sede visto il rinvio alle medesime nel dispositivo della succitata STCA; cfr. consid. 1.3 e in argomento vedi la STF 9C_857/2014 del 21 maggio 2015 consid. 3.2) –, questo Tribunale aveva già concluso che: " (...) Nell'evenienza concreta, richiamata la suesaosta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, limitatamente alla conclusione che stabilisce una capacità lavorativa nella sua attività abituale di infermiera dell'80% dal novembre 2007 e del 100% dall'ottobre 2009 nonché una capacità totale tanto quale casalinga quanto in un'altra attività, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è giunto il dr. _____ nella perizia 29 agosto 2011 (cfr. consid. 2.6), il quale ha compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni. [...] Il dr. _____, chiamato ad effettuare una rivalutazione della situazione valetudinaria dell'insorgente avuto riguardo alla ripresa dell'attività lavorativa quale infermiera (vedi in particolare sub doc. AI 223/1-15 inc. 32.2012.147 il contratto di lavoro individuale con la _____, dal quale risulta l'assunzione quale infermiera dal 23 ottobre 2009 nonché i certificati di salario da ottobre 2009 a luglio 2010 dai quali emergono le ore e i chilometri effettuati in quel periodo e sub doc. AI 275/22 inc. 32.2012.147 la dichiarazione 30 dicembre 2010 del datore di lavoro stante la quale il rapporto è durato dal 23 ottobre 2009 al 31 agosto 2010) e all'ipotesi di truffa a danno di assicurazioni protratta nel tempo, ha innanzitutto esaurientemente con riferimenti concreti e in maniera convincente esposto le ragioni in base alle quali ha potuto concludere che l'assicurata presenta un'elevata capacità manipolatoria che tende a strumentalizzare il rapporto con l'altro, con lo scopo di ottenere dei vantaggi personali. Il perito ha in particolare evidenziato di aver interpellato la dr.ssa _____, FMH in psichiatria e psicoterapia nonché medico curante, la quale (dopo essersi consultata anche con la psicologa dr.ssa _____ che pure si è occupata dell'assicurata), vista la ripresa dell'attività lavorativa quale infermiera dell'insorgente, gli ha comunicato di aver "(...) concluso di essersi sentite "usate" dalla Signora RI 1 per l'ottenimento dei suoi obiettivi. La psichiatra trae questa sua conclusione dal fatto che, dal mese di aprile 2011, la paziente non abbia più preso ulteriori appuntamenti, nonostante ella dichiarasse ancora un forte turbamento emotivo. Ipotizza che la paziente abbia interrotto la presa a carico perché venuto meno il vantaggio che questa le garantiva. (...)” (doc. AI 3232/13 inc. 32.2012.147). Inoltre, ancorché in modo credibile, ancora nell'agosto 2009 avesse dichiarato di essere totalmente inabile quale infermiera e di voler riprendere un'attività come impiegata d'ufficio (vedi la perizia del CPAS del 20 agosto 2009 sub doc. AI 169/1-9 inc. 32.2012.147), in realtà l'insorgente è stata in grado di riprendere l'attività come infermiera sostenendo turni irregolari con carichi di ore talora importanti e variabili di mese in mese, nonché con trasferte in auto per centinaia di chilometri dal mese di ottobre 2009 a luglio 2010 (cfr. doc. AI 223/1-15 inc. 32.2012.147). Del resto, con delle osservazioni di ordine

tecnico-psichiatrico, il perito ha ritenuto incredibili le spiegazioni addotte dall'insorgente per giustificare tutti i documenti assicurativi che avrebbe firmato di suo pugno, oltre ai presunti certificati falsi che le verrebbero imputati. Dopo aver sottolineato che una sindrome depressiva ricorrente, con episodi di media gravità, può avere delle ripercussioni sulla capacità lavorativa molto variabili da paziente a paziente, a seconda delle diverse funzioni psichiche che sono state intaccate dalla malattia, il dr. _____ ha dettagliato le situazioni nelle quali il CPAS è stato chiamato a rendere le proprie valutazioni, dapprima nel novembre 2007 ed in seguito nell'agosto 2009 (doc. AI 123/1-6 e 169/1-9 inc. 32.2012.147), motivando esaurientemente perché attualmente ha posto le diverse diagnosi di sindrome da disadattamento con disturbo misto delle emozioni e della condotta (ICD 10 F43.25) e disturbo di personalità narcisistico ICD 10 F60.8). Proprio per avere un'ulteriore conferma sul piano diagnostico il perito ha predisposto l'esecuzione di due test – va qui ricordato che test psicodiagnostici vengono solitamente effettuati proprio per risolvere eventuali dubbi diagnostici – che hanno escluso categoricamente la presenza di una sintomatologia depressiva maggiore evidenziando una tendenza depressiva legata ad un narcisismo fragile (vedi la valutazione testistica del 15 agosto 2011 sub doc. AI 332/21-27 inc. 32.2012.147 allegata alla perizia del CPAS del 29 agosto 2011). Sempre il dr. _____ ha inoltre giustamente evidenziato che i gravi pazienti psichiatrici che non sono in grado di lavorare, non riescono a riprendere in modo impeccabile la loro attività lavorativa per il solo fatto che l'assicurazione invalidità abbia ventilato la possibilità di sopprimere la rendita finora erogata. Il perito ha poi ancora osservato che l'insorgente attualmente appare energica e combattiva, che nel test MMPI il tono dell'umore tendente verso il polo depressivo è risultato soltanto "potenzialmente indicativo" e che la signora RI 1 ha dimostrato che pur essendoci sintomi depressivi su base reattiva, le sue funzioni psichiche sono ancora sufficienti per consentire di attivarsi e riprendere a lavorare in modo flessibile con carichi variabili. Viste le risultanze suesposte, questo Tribunale deve fare proprie le conclusioni cui è giunto il dr. _____ nella perizia del 29 agosto 2011 in base alle quali – rivisto il giudizio peritale del novembre 2007 nel quale (nonostante già si evidenziava un "(...) miglioramento per quanto riguarda lo slancio vitale che si concretizza nelle risorse che riesce ad investire per occuparsi in maniera adeguata dei 4 figli (...)" il dr. _____ aveva ancora concluso per un'incapacità lavorativa del 70% in qualsiasi attività) e considerato che dal 2006 non ha più subito ricoveri psichiatrici – ha ritenuto la ricorrente abile al lavoro nella sua attività abituale di infermiera all'80% dal novembre 2007 e al 100% dall'ottobre 2009 (sul tema della rivalutazione retrospettiva di valutazioni psichiatriche cfr. STF 9C_343/2012 dell'11 ottobre 2012, consid. 4.3.2 e 4.3.3). Questo vale a maggiore ragione se si considera che le conclusioni del dr. _____ sono state confermate anche dal medico SMR dr. _____ (vedi le annotazioni 20 settembre 2011 riprodotte in esteso al consid. 2.6 in fine). (...)" (doc. AI 261/23-26) Nemmeno è possibile concludere per un peggioramento dello stato di salute per il solo fatto che l'Ufficio AI sia entrato nel merito della nuova domanda del marzo 2012 (cfr. consid. 1.4). Infatti, con il progetto di decisione del 22 gennaio 2014 (doc. AI 300/1-3) – annullando e sostituendo quello del 23 agosto 2013 (doc. AI 282/1-2) con il quale, in un primo tempo, aveva comunicato la non entrata nel merito evidenziando che "(...) riguardo la domanda di prestazioni del 26 marzo 2012, l'assicurata non presenta alcuna documentazione medica. Non vi sono i presupposti per l'entrata in materia. (...)" (doc. AI 282/2) – , l'Ufficio AI, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4), è entrato nel merito della suddetta nuova domanda ritenuti le osservazioni dell'assicurata dell'8 settembre 2013 (doc.

AI 284/1), il certificato medico del 16 ottobre 2012 nel quale il dr. _____ ha attestato un'abilità lavorativa del 25% a partire dal 16 ottobre 2012 (doc. AI 284/3) e l'elenco delle prossime consultazioni (doc. AI 284/4-5). In questo senso – ribadito che il dr. _____, omettendo di confrontarsi con la perizia del CPAS del 29 agosto 2011, non ha comprovato un peggioramento dello stato valetudinario dal momento in cui ha assunto la cura dell'insorgente dall'ottobre 2011 e viste le annotazioni 18 aprile e 23 ottobre 2014 del dr. _____, dalle quali questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi – non è possibile seguire l'avv. _____ laddove nelle osservazioni 1. aprile 2014 (doc. AI 316/1-2 = doc. B) ha sostenuto che “(...) il fatto che da tale perizia [ndr.: si riferisce alla perizia del CPAS del 29 agosto 2011] è stata accertata l'abilità lavorativa di RI 1 dal 1° novembre 2007 al 31 agosto 2010, non può ora automaticamente assurgere a criterio di giudizio per escludere un peggioramento dello stato di salute o l'insorgere di una patologia, precedentemente esclusa. È evidente, nella fattispecie in oggetto, l'intento perpetrato da questo ufficio, ossia, rifiutare qualsiasi domanda presentata da RI 1 solo ed esclusivamente in quanto nei confronti della stessa è pendente un procedimento penale, come noto a tutti. Il fatto che vi sia un procedimento penale non può escludere a priori il diritto, insorto successivamente al periodo valutato dalla perizia, di una incapacità lavorativa. Inoltre, l'esistenza di un procedimento penale non può e non deve neppure esimere l'Ufficio AI dall'esperire i necessari accertamenti. È emblematico nel caso in oggetto, come si evince dal rapporto SMR 8 gennaio 2014, il fatto che, a fronte della documentazione medica prodotta e ritenuta insufficiente, nessuno si sia premurato di chiedere un complemento allo psichiatra che ha allestito detta documentazione. (...)” (doc. AI 316/2). Basti qui rilevare che – a differenza di quanto sostenuto dal legale (non più interpellato visto che il ricorso è stato inoltrato personalmente dall'assicurata) – l'Ufficio AI ha chiesto un aggiornamento medico al dr. _____, delle informazioni alla Cassa malati _____ e che il dr. _____ si è espresso su queste risultanze nell'annotazione del 23 ottobre 2014 (cfr. consid. 2.6). Quanto poi al fatto che il medico SMR non abbia visitato l'insorgente va qui osservato che di norma una valutazione sulla base dei soli atti medici (“ Aktegutachten ”) è possibile se l'SMR dispone, come in concreto, di sufficienti elementi risultanti da altri accertamenti personali (cfr., nel caso di una perizia, sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008; sentenza 8C_659/2010 del 14 febbraio 2011 consid. 5; sentenza 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; sentenza 8C_184/2013 del 7 giugno 2013, consid. 2.5). Pertanto, vista la copiosa documentazione medica agli atti e conformemente alla richiamata Circolare sulla procedura nell'assicurazione per l'invali-dità CPAI (cfr. consid. 1.6), questo Tribunale deve fare propria la conclusione del dr. _____ stante la quale “(...) non è giustificato procedere oltre dal lato medico-psichiatrico, poiché non è stata oggettivata alcuna modificazione dello stato di salute da ottobre 2011 via rispetto allo stato comprovato fino a quella data. (...)” (doc. AI 324/4). 2.8. In simili circostanze – ribadito che non è stato dimostrato un peggioramento dello stato di salute dopo la perizia del CPAS del 29 agosto 2011 e che pertanto va confermata la capacità lavorativa nella sua attività abituale di infermiera dell'80% dal novembre 2007 e del 100% dall'ottobre 2009 – è a ragione che l'Ufficio AI ha negato all'assicurata il diritto a prestazioni. Il ricorso va dunque respinto e la decisione impugnata confermata. 2.9. 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.

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