

TI_GERICHTE 32.2015.60 vom 2. März 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-03-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.60

FR: TI_GERICHTE 32.2015.60 du 2 mars 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.60 del 2 marzo 2015

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84) . 2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi

se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 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). Con sentenza pubblicata in DTF 141 V 281 il TF ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell'ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. 2.4. A seguito della domanda di prestazioni, l'Ufficio AI ha ordinato al CPAS una perizia psichiatrica che è stata eseguita ed allestita dalla dr.ssa _____. Nel referto redatto il 9 febbraio 2015, dopo aver riportato la documentazione medica presente agli atti, proceduto all'anamnesi, alla descrizione dei dati soggettivi dell'assicurata e dei dati oggettivi, la perita ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata, attualmente in via di remissione (ICD 10 F 43.21). In sede di discussione, prendendo posizione anche sulla valutazione

E. 30

agosto 2013 dello psichiatra curante, ha in particolare rilevato: " (...) Per quanto discusso si ritiene che l'assicurata abbia presentato un sensibile disagio in un periodo subito successivo all'incidente, disagio che nel tempo si è mitigato. Questo non ha portato ripercussioni sul piano professionale (stage e programma occupazione svolti senza problemi). In un secondo momento l'assenza di un'occupazione insieme alle sequele psichiche e fisiche dell'incidente ha favorito la comparsa di un disturbo dell'adattamento, che ora sta andando in remissione. Il miglioramento delle condizioni cliniche è dimostrato anche dalle caratteristiche della presa a carico specialistica: questa si è diradata per quanta concerne frequenza degli incontri medici proprio per il miglioramento dello stato di salute. Inoltre la farmacoterapia è blanda (Fluctine 20mg die) e ha prodotto i risultati sperati. L'assicurata, forse per le buone competenze cognitive e per la struttura psichica di base sufficientemente armonica, è riuscita a superare in modo abbastanza soddisfacente un evento di difficile elaborazione, occorso in una fase della vita di per sé delicata. Dall'esame psichico non emergono sintomi propri di un disturbo post-traumatico da stress. L'assicurata ha la patente di guida e si sposta agevolmente in auto. Rispetto all'origine post-traumatica, si considerano altri elementi nella genesi del disturbo psichico quali la separazione dei genitori, la delusione verso la figura paterna, la difficoltà a trovare un'occupazione per il mercato del lavoro. Si giudica però che l'evento dell'incidente sia in buon parte responsabile della sintomatologia psichica in seguito sviluppata e tuttora presente, seppure in misura minore e soggettivamente piuttosto dolorosa ma non invalidante sul piano della vita privata e professionale. Si presume che

sussista un nesso causale parziale. Per quanto discusso, non si può sostenere la valutazione del Dr. _____ secondo la quale sussiste un'inabilità lavorativa totale. Si sottolinea peraltro che la diagnosi emessa dal collega, di disturbo depressivo persistente, indice per definizione una patologia di intensità tale da non poter diagnosticare un episodio depressivo neppure di grado lieve. Come dimostrano le valutazioni effettuate e appare anche dall'esame psichico, non sussiste alcun danno cognitivo dovuto all'incidente; non si rileva alcuna invalidazione neppure su questo piano. È utile proseguire la presa a carico psichiatrica, con funzione principale di monitoraggio clinico. L'assicurata infatti non è motivata a tornare su quanto accaduto; sembra anche poco disponibile a confrontarsi sulle sequele dell'incidente, tuttora presenti e fonte di una certa frustrazione. (...)” (doc. AI 53/9-10) La perita, dopo aver proceduto alla descrizione delle risorse e dei deficit (secondo lo schema MINI ICF-APP), ha concluso che “la capacità lavorativa è piena per l'attuale professione, che risulta confacente”, come pure per l'attività di casalinga. Quale evoluzione dell'incapacità lavorativa essa ha poi precisato: " (...) Rispetto al passato l'assicurata è seguita dal Dr. _____ dall'11.04.2013. Ella riporta un beneficio dall'impostazione della farmacoterapia antidepressiva e poi dall'aver acquisito un ruolo professionale (attività iniziata il 12.03.2014). Considerando quanto riferito dall'assicurata, che risulta attendibile, a livello medico-teorico la capacità lavorativa pregressa viene definita come segue: dall'11.04.2013 fino al 30.06.2013 (tempo verosimile di azione del farmaco) la capacità lavorativa è pari al 50%. Con l'introduzione del farmaco vi è stato un miglioramento quindi dal 01.07.2013 all'11.03.2014 la capacità lavorativa può venire quantificata pari al 70%. Dall'inizio dell'attività professionale, ovvero dal 12.03.2014 a ora, la capacità lavorativa è piena. A livello medico-teorico, considerando solo il lato psichiatrico sarebbero opportuni interventi di reintegrazione professionale, sotto forma di aiuto al collocamento. Infatti non sembra possibile aumentare la percentuale di occupazione nell'attuale posto di lavoro, non avendone il datore di lavoro necessità. Ne va però valutata la fattibilità tenendo conto che è stata definita un'inabilità pari al 30% per i problemi somatici.” (Doc. AI 53/11)

L'assicurata, con l'ausilio di documentazione medica redatta dal suo psichiatra curante, contesta la succitata valutazione sostenendo un'incapacità lavorativa del 50%. In sede di ricorso essa ha fatto riferimento allo scritto 1° aprile 2015 del dr. _____, psichiatra curante, il quale ribadendo il contenuto di un suo rapporto 5 dicembre 2014, ha evidenziato: " (...) La paziente ha presentato dopo il trauma un corredo variegato di disturbi vegetativi con un persistente stato di intorpidimento emozionale, distacco dalle persone e un quadro globale di diminuita reattività al mondo circostante con comportamenti di evitamento e una importante marcata anedonia. La signora ha presentato disturbi del sonno legati al disturbo vegetativo con gravi reazioni di allarme e comportamenti esagerati su tutto ciò che poteva ricordarle il trauma subito. La paziente oltre il corredo neurovegetativo legato al disturbo post-traumatico ha presentato, ed ha necessitato per questo di cure, per le alterazioni del tono dell'umore che hanno portato a gesti autolesivi con comportamenti incongrui e a rischio da un punto di vista personale; a questo proposito al di là dei comportamenti autolesivi ricordo che la paziente ha manifestato chiaramente un'ideazione suicidaria per fortuna non agita e in alcuni periodi immediatamente successivi al trauma subito, un'automedicazione con alcol che per un certo periodo è stata problematica. A fronte di queste considerazioni e costatazioni riconfermo che la signora RI 1 presenta un disturbo depressivo persistente chiaramente come manifestazione affettiva del disturbo post-traumatico e ovviamente necessita di mantenimento della cura e di sorveglianza nell'ambito psicoterapeutico perché come già annunciato nella mia precedente lettera vi è

purtroppo la possibilità nel futuro di nuovi aggravamenti o cronicizzazioni in senso più grave del disturbo. (...)” (Doc. I, pag. 1-2) Lo psichiatra curante ha poi preso posizione in merito alla perizia: " (...) Sulla base di queste motivazioni, non posso essere d'accordo con la diagnosi espressa dalla collega Dott.ssa _____, nella valutazione da lei effettuata per conto dell'assicurazione invalidità del 9.2.2015, che a fronte di una valutazione clinica dove evidenzia anche ella i correlati del disturbo post-traumatico, emette invece diagnosi di sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata, che scolasticamente non posso accettare essendo passati, secondo le regole canoniche molti più dei due anni da quello che sarebbe stato il fattore scatenante e l'evoluzione clinica, nell'ipotesi che questa diagnosi fosse corretta. Infatti la sindrome non supera generalmente i due anni, nel senso che si estingue. La diagnosi a cui la collega fa riferimento si riferisce al capitolo delle sindromi da disadattamento che normalmente tendono a regredire ed a riportare ad una condizione di restitutio ad integrum. Purtroppo come già segnalato è mia convinzione che questo non sia il caso della signora RI 1 che comunque a fronte di questi ultimi anni di grande impegno per partecipare alla ricostruzione della propria vita e ritrovare una valida identità personale e lavorativa, risulta a mio avviso ancora estremamente fragile e vulnerabile a causa della patologia sofferta. Non posso, francamente escludere che in futuro la paziente, confrontata ad altri eventi stressanti, anche banali, possa riattivare in tutta la sua forza il disturbo post-traumatico da stress. Vedi per esempio un'eventuale gravidanza o una situazione di crisi o di difficoltà in una relazione sentimentale o ancora peggio una eventuale situazione di lutto. In conclusione ritengo che la paziente abbia sicuramente tratto beneficio degli interventi innumerevoli che sono stati svolti in questi anni sia sul versante più prettamente psicoterapico e psicofarmacologico oltre che di carattere ricostruttivo estetico, come anche del fatto che la paziente ha sicuramente beneficiato del fatto che abbiamo potuto escludere complicazioni più gravi di carattere neuropsicologico o definitivo, ma devo dire che anche l'aspetto legato alle condizioni estetiche migliori del volto, grazie all'operato dei chirurghi, ha comunque una valenza tuttora di forte sofferenza psicologica per la paziente. Questo nonostante i chirurghi abbiano fatto un ottimo lavoro. In conclusione ritengo che la capacità lavorativa della paziente sia al momento attuale quella massima esigibile, cioè cinquanta per cento di capacità al guadagno, tenendo presente la storia clinica, l'anamnesi e le evidenze cliniche oggettive e soggettive dell'interessata. (...)” (Doc. I, pag. 2) Chiamata dall'Ufficio AI a fornire delle osservazioni su quanto sostenuto dallo psichiatra curante, la perita ha confermato la propria posizione (VIII/2). Viste le marcate divergenze in merito alla valutazione psichiatrica, questo TCA ha conferito mandato al dr. _____ di esperire una perizia psichiatrica. 2.5. 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). In caso di perizia medico-giudiziaria, il giudice – di principio – non si scosta, senza ragioni imperative, dalle conclusioni del perito medico, il cui compito è proprio quello di mettere a disposizione della giustizia le sue specifiche conoscenze allo scopo di chiarire gli aspetti sanitari di una determinata fattispecie (STF 8C_524/2008 del 2 aprile 2009 consid. 7.2 e 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 9, entrambe con riferimenti). Ragioni che possono

indurre a non fondarsi su tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia o altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (DTF 125 V 351, consid. 3b/aa, pag. 352 e sentenze ivi citate; 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). Deve tuttavia essere sottolineato che il perito giudiziario –contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste – ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giustizia (STFA U 288/99 del 15 gennaio 2001, consid. 3a, nonché dottrina e giurisprudenza ivi citate). Quindi, nell'ambito del libero apprezzamento delle prove, una perizia amministrativa riveste un valore probatorio limitato rispetto ad una perizia giudiziaria (STFA del 15 gennaio 2001 succitata, consid. 3a: "Ein Administrativgutachten lässt sich somit hinsichtlich seines Stellenwerts im Rahmen der Beweiswürdigung und Rechtsfindung nur sehr beschränkt mit einer gerichtlich angeordneten Expertise vergleichen"). 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). 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 (consider. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. In una sentenza 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) 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_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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).

2.6. Con rapporto 16 agosto 2016 il dr. _____ ha valutato l'aspetto psichiatrico dell'assicurata sulla base di sei incontri avuti con l'interessata, di colloqui telefonici avuti con lo psicologo che ha effettuato quattro test psicologici e con lo psichiatra curante, nonché ha tenuto conto della numerosa documentazione medica presente agli atti. Egli ha poi proceduto ad una dettagliata ed esaustiva anamnesi, alla raccolta dei dati soggettivi, all'elencazione delle limitazioni funzionali maggiori, prendendo in considerazione i risultati dei quattro test psicologici eseguiti (MMPI, TCI, Test di Rorschach, TAS-20) e le constatazioni obiettive per diagnosticare, quali patologie psichiatriche invalidanti, una sindrome depressiva persistente, con caratteristiche atipiche, di entità moderata (DSM-5300.4; ICD-10 F34.1), una sindrome ansiosa non specificata (DSM-5 300.12, ICD-10 F41.9) ed un'amnesia dissociativa, selettiva (DSM 5 300.12, ICD-10 F44.0). Il perito giudiziario ha concluso che "...la presenza di un trauma violento [l'incidente del _____ 2005, ndr], inaspettato, destrutturante e devastante, ha scatenato una modificazione dello sviluppo maturativo di RI 1, con l'insorgenza di un quadro di amnesia dissociativa, con sviluppo Alessitimico, tuttora presente, che la porta a vivere le esperienze somatiche, inconsciamente, come sintomatiche della propria sofferenza psichica" (pag. 51). Egli si è diffusamente confrontato con la valutazione del CPAS (pagg. 51 ss), rimarcando in particolare come l'assicurata abbia: " (...) avuto un'amnesia dissociativa di tutto ciò che rappresenta l'incidente, ancora presente. Pertanto non esprime più una problematica attiva. Ciò non significa che ha elaborato il trauma, ma che lo stesso trauma è scivolato nella parte più profonda del proprio inconscio e potrebbe ripresentarsi, se confrontata con un nuovo fattore improvviso, inaspettato di stress, che possa sopraffare tutti i suoi meccanismi di difesa. (...)" (doc. XXVII, pag. 53) In merito allo status psichico il perito ha rilevato: " (...) La presenza però di un ipercontrollo, di una forte volitività, di un'assenza di autovittimismo, di un desiderio di non voler essere commiserata dalla società, di una forte componente Alessitimica, potrebbe aver eluso il perito (ricordo che il perito ha visto la sig.ra RI 1, secondo quanto scritto nella perizia stessa, in solo due occasioni, per un totale di 100 minuti; obiettivamente un tempo ridotto per elaborare una perizia psichiatrica in generale, e particolarmente per un soggetto con tali complessità psicopatologiche) portandolo a non rilevarli come elementi significativi dello stato psichico attuale. Rammento anche che la Dr.ssa _____ non ha utilizzato alcun test per approfondire meglio la personalità della sig.ra RI 1. (...)" (doc. XXVII, pag. 53) Il dr. _____ ha ritenuto che "... come analizzato precedentemente vi è una compromissione sia del funzionamento sociale che lavorativo che ha limitato e limita le capacità di RI 1" (pag. 55). Il perito giudiziario si è poi dissociato dalla diagnosi posta in

sede CPAS. Riprendendo le conclusioni della perizia amministrativa, egli ha evidenziato: " (...) In questo spaccato di analisi la Dr.ssa _____ mette bene in evidenza il cambiamento significativo della vita di RI 1, le problematiche scolastiche con la scelta di un corso di studi più semplice, con meno prospettive per il futuro, i cambiamenti fisici, la sofferenza psichica, gli agiti autolesivi, l'abuso etilico, la promiscuità sessuale, i vissuti di inefficienza, apatia e anedonia, nonché un certo ritiro sociale. Questa sintomatologia è difficilmente associabile con una sindrome da disadattamento, addirittura in remissione. La sintomatologia descritta è ascrivibile piuttosto ad una reazione al violentissimo incidente vissuto con conseguente trauma e sviluppo dei comportamenti a rischio e sviluppo di una depressione persistente nella sua forma atipica e una sindrome ansiosa. (...)” (doc. XXVII, pag. 56) Con riferimento alle conclusioni della dr.ssa _____ (“L'assicurata, forse per le buone competenze cognitive e per la struttura psichica di base sufficientemente armonica, è riuscita a superare in modo abbastanza soddisfacente un evento di difficile elaborazione, occorso in una fase della vita di per sé delicata”), il dr. _____ ha sostenuto: " (...) È' arduo concordare con il perito in questa analisi che è nucleare all'interno della sua perizia poiché attraverso questi concetti conclude che RI 1 sia riuscita a superare in modo abbastanza soddisfacente un evento di difficile elaborazione. RI 1 non è mai riuscita a superare quello che è successo, ma vi è stato uno scivolamento nella parte più inconscia del proprio IO, con l'emergenza di un meccanismo di difesa e quindi con una modificazione della propria vita. Infatti dall'analisi approfondita effettuata nell'attuale elaborato peritale emerge come RI 1 abbia avuto un trauma psichico che ha modificato le sue competenze cognitive e la sua struttura psichica che non è di per sé armonica, ma è caratterizzata da grossi contrasti interiori, nonché importanti limitazioni di tenuta lavorativa e sociale, e questo lo si evince bene anche dai tests proiettivi (Rorschach e T.A.T.) e dall'MMPI e dal TCI. Nei tests proiettivi di Rorschach e T.A.T. emerge la presenza di risposte con tonalità depressive, nonché una significativa permeabilità al regredire ad un funzionamento mentale dal carattere spiccatamente sensoriale. I tests proiettivi concludono mettendo in evidenza un'importante colorazione disforica ed evitante, l'interpretatività, l'importante investimento narcisistico, dal carattere negativo, che traducono per un importante disturbo del narcisismo, sul piano della struttura di personalità. Questo ci spiega la sua reazione depressiva prolungata, tuttora presente e probabilmente permanente nel tempo . (...)” (doc. XXVII, pag. 57). Diversamente dalla dr.ssa _____, il perito giudiziario ritiene: " (...) Dall'analisi peritale attuale emerge un nesso causale diretto e non parziale nei confronti dell'incidente traumatico che RI 1 ha vissuto. Questo evento è stato di per sé invalidante nello sviluppo della personalità, e parzialmente, almeno nella misura del 50% per quanto riguarda le capacità lavorative. (...)” (doc. XXVII, pag. 58) Infine, il dr. _____ concorda con la valutazione di disturbo depressivo fatta dallo psichiatra curante, dr. _____. Dopo aver dettagliatamente vagliato le definizioni di sindrome da disadattamento (ICD-10 e DSM-5), distimia (ICD-10) sostituito dal disturbo depressivo persistente (DSM-5) e la distimia secondo il trattato italiano di psichiatria, il perito giudiziario ha infine concluso: " (...) Di conseguenza ciò che emerge dalla storia clinica della Signora RI 1 è che ella ha sviluppato un'amnesia dissociativa, - di concerto con un'alessitimia duratura - accompagnata da una sindrome da disadattamento con disturbo dell'emotività e della condotta, che ha lasciato, il suo statuto per divenire una sindrome depressiva persistente di entità media. Nella specificità le diagnosi poste sono quelle di un'amnesia dissociativa, con un disturbo d'ansia e di una sindrome depressiva persistente, con caratteristiche atipiche, di entità media secondo il DSM-5 , che è l'ultimo manuale

diagnostico statistico dei disturbi mentali edito nel 2014, mentre l'ICD-10 risale al 1992. È prioritario rifarsi, in questa sede peritale, al DSM-5 poiché è frutto degli ultimissimi aggiornamenti in relazione alla conoscenza delle diagnosi psichiatriche. L'ICD-10, risulta datato rispetto al DSM-5. È in atto una rivisitazione dell'ICD-10, che dovrebbe portare ad un aggiornamento delle diagnosi e dei codici diagnostici, secondo le conoscenze attuali in psichiatria. Pertanto la presenza del disturbo depressivo persistente con caratteristiche atipiche di entità media rispetta pienamente l'evoluzione e il quadro clinico della psicopatologia della Signora RI 1. Dal punto di vista psichiatrico quindi è inabile al lavoro al 50% dal 12.03.2014, giorno ove ha iniziato l'attività lavorativa presso il Dr. _____.

Era inabile al lavoro in misura completa da quando è stata presa in terapia dal dr. _____, ovvero dall'11.04.2013. L'inabilità lavorativa, al 50%, è permanente . (...)” (doc. XXVII, pag. 66) Va fatto presente che con complemento peritale del 17 ottobre 2016 (XXXIII) il dr. _____ ha risposto al catalogo di domande indicate nella lettera circolare AI nr. 338 del 9 settembre 2015 riguardo agli indicatori standard di una perizia psichiatrica (danno alla salute, contesto sociale, diagnosi, cura e reinserimento, coerenza e capacità lavorativa) allestito dall'UFAS a seguito della nuova giurisprudenza del TF in merito alle sindromi somatoformi (cfr. consid. 2.2). In conclusione, sulla base della succitata completa e dettagliata perizia giudiziaria, alla quale va ascritto valore probatorio pieno, l'assicurata è da ritenere inabile al lavoro sia nell'abituale attività che in attività adeguate al 30% dal 29 gennaio 2013 (per motivi somatici), al 100% dall'11 aprile 2013 (per motivi somatici e soprattutto psichiatrici) ed al 50% dal 12 marzo 2014. Tenuto conto dell'anno di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, nonché del fatto che nel marzo 2013 l'assicurata ha inoltrato una domanda di prestazioni, alla stessa va riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1° gennaio 2014 (media retrospettiva) al 1° luglio 2014 (tre mesi dopo il durevole rilevante miglioramento ex art. 88° cpv. 1 OAI), come rettamente rilevato dall'Ufficio AI nelle osservazioni 7 ottobre 2016 (XXXVI) alle quali l'assicurata ha aderito l'11 ottobre 2016 (XXXIX). Visto quanto sopra, in accoglimento ai sensi dei considerandi del ricorso, la decisione contestata dev'essere annullata ed il ricorso va accolto.

2.7. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, rappresentata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 2'000.-- a titolo di ripetibili, ciò che rende priva di oggetto la domanda di assistenza giudiziaria (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5, STF 9C_352/2010 del 30 agosto 2010 consid. 3).

2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese di fr. 1'000.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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