

TI_GERICHTE 32.2019.158 vom 12. Juli 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-07-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.158

FR: TI_GERICHTE 32.2019.158 du 12 juillet 2019

IT: TI_GERICHTE 32.2019.158 del 12 luglio 2019

Regeste

Rendita intera limitata nel tempo. Confermata la soppressione della rendita, tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute, viste le risultanze della perizia psi con complemento e delle valutazioni del SMR

Erwägungen

E. 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. 29bis 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). 2.4. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid.

E. 4

Competenze : grado di disabilità assente: non sintomi cognitivi o segni di appiattimento ideomotivo su base depressiva o psicotica. 5. Giudizio: grado di disabilità assente: sebbene sia convinta ancora della magia questo appare essere attribuibile ad un'interpretazione culturale del malessere esperito e attualmente non vi è una pervasività dell'ideazione che la angosci e la induca ad avere comportamenti consequenziali all'ideazione che siano verificabili e obiettabili.

E. 4.4

dell'elaborato peritale. (...)" (doc. AI 84/341) Le conclusioni del _____ sono state fatte proprie dal medico SMR dr.ssa _____, la quale, nell'annotazione del 27 maggio 2019 – posto come nella presa di posizione del 23 maggio 2019 il Dr. _____ "(...) risponde puntualmente ed in modo articolato alle osservazioni formulate in sede di audizione dall'ambulatorio psichiatrico _____ del 26.04.2019 a firma della Dr.ssa _____, dello psicologo signor _____ e del direttore sanitario Dr. _____.

(...)” (AI 83/340) – , ha concluso che “(...) si conferma in ogni sua parte quanto contenuto nel rapporto finale del 01.04.2019. (...)” (doc. AI 83/340). L’Ufficio AI, viste le risultanze mediche suenunciate – capacità lavorativa totale nell’attività abituale e in un’altra attività adeguata dal luglio 2018, termine dell’anno di carenza nel mese di marzo 2018 e ritenuta la tardività della domanda – ha riconosciuto all’assicurata il diritto ad una rendita intera dal 1. maggio al 30 giugno 2018 (cfr. consid. 1.2). 2.7. Il TCA ricorda innanzitutto che, secondo la giurisprudenza federale, per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti) e che non spetta alla giurisdizione delle assicurazioni sociali decidere su divergenze mediche scientifiche ma unicamente di stabilire nel caso concreto il diritto alle prestazioni secondo le circostanze e tenuto conto delle opinioni mediche (cfr. STF 8C_874/2011 del 20 gennaio 2012 consid. 5.2 e rinvio alla DTF 134 V 231 consid. 5.3 pag. 234). Non è dunque possibile trarre delle conclusioni sulla capacità lavorativa solo sulla base delle diagnosi poste. Nel caso concreto, questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute è stato accuratamente vagliato, conformemente alla succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.4 e 2.5), non ha motivo per mettere in dubbio le succitate valutazioni formulate dai periti del _____ nella perizia del 18 marzo e nel complemento del 23 maggio 2019 (cfr. consid. 2.6), confermate anche dal medico SMR dr.ssa _____ nel rapporto finale del 1. aprile e nell’annotazione del 27 maggio 2019 (doc. AI 68/289-292 e 83/340). Le valutazioni peritali e quelle del medico SMR sono da considerare dettagliate, approfondite e quindi rispecchianti i parametri giurisprudenziali ricordati ai considerandi precedenti (consid. 2.4 e 2.5). I periti del _____ hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa a loro disposizione ed hanno valutato la capacità lavorativa dell’insorgente sulla base dei colloqui presso il _____ “(...) in data 11 (dalle 9.30 alle 11.15) e 15 marzo (dalle 11.00 alle 11.40) (tempo totale 145 minuti) (...)” (doc. AI 67/250). Dal canto suo la dr.ssa _____ – oltre a confermare la valutazione dei periti del _____ – , per quanto attiene all’aspetto somatico, si è fondata sulle succitate certificazioni della dr.ssa _____ e del dr. _____ (cfr. consid. 2.6). Ai referti va attribuita piena forza probante. In particolare il dr. _____, nel complemento del 23 maggio 2019 – prendendo puntualmente ed esaustivamente posizione sulle osservazioni formulate dal dr. _____ nel succitato certificato del 26 aprile 2019 – ha precisato: • che nella sua valutazione ha considerato quanto riferito dall’assicurata, quanto oggettivamente osservato (considerate le discrepanze riportate al punto 4.4), l’assenza di un quadro depressivo maggiore obiettivamente, l’evoluzione del disturbo che già la precedente curante dr.ssa _____ riteneva in parziale remissione nel gennaio 2018 visto quanto soggettivamente riportato dall’assicurata e l’assenza di un peggioramento; • che nella “discussione diagnostica” (riprodotta in esteso al consid. 2.6) ha escluso un disturbo depressivo e analizzato la possibilità, escludendola vista la presentazione clinica (soggettiva ed oggettiva), di altre ipotesi diagnostiche quali la schizofrenia e i disturbi deliranti; • che ha tenuto conto dell’aspetto culturale ed etnopsichiatrico; • che la SIRS-2 è un’intervista validata per gruppi etnici e • che nella descrizione della giornata, dato soggettivamente riferito che va confrontato con quanto si oggettiva, ha riscontrato le discrepanze descritte al punto 4.4 della perizia. In effetti, il dr. _____, nel succitato punto 4.4 della perizia “Discussione di eventuali incoerenze emerse e dell’eventuale materiale relativo all’osservazione” , ha rilevato che “(...) il fatto di entrare nello studio da sola (anche se afferma di essere stata accompagnata), e di riferire di avvertire anche durante il colloquio presenze senza apparire minimamente angosciata a

[ndr. recte: e] disturbata dalle stesse è in contrasto con il fatto che non uscirebbe mai perché ha paura di queste presenze. Anche il fatto che la latenza alle risposte sia solo iniziale e che scompaia nel corso del colloquio è un fatto del tutto anomalo e che non è tipico di una persona che presenta un rallentamento ideomotorio (che non è transitorio) o che, come da lei asserito, dà ascolto a sensazioni di scosse che avverte a livello addominale che, anche in questo caso descrive come costanti (mentre la latenza di risposta e [ndr. recte: è] solo iniziale) anche se di intensità inferiore all'inizio della malattia. Quanto viene riferito in termini di comportamento (costante lettura o visione di video del Corano, ed assenza di ogni attività al domicilio), contrastano con l'assenza di segni depressivi obiettabili da non verbale e di rallentamento ideomotorio. Ancora il fatto che l'assicurata abbia attribuito un significato malevolo al dono della Dr.ssa _____ di una collana proveniente dalla Mecca per poi trasformarlo in un segno negativo allorché è venuta a sapere dell'esito della perizia appare essere anomalo qualora lo psichismo fosse polarizzato sull'utilizzo di strumenti religiosi per contrastare il delirio e, se anche l'assicurata avesse ritenuto che la collana avesse un influsso negativo, come ci si potrebbe attendere in chi ha il pensiero polarizzato su un delirio di maleficio non la porterebbe sempre con sé nella borsa come afferma di fare. Inoltre il non aver collaborato alla esecuzione immediata dei dosaggi dei farmaci pur avendo chiaramente compreso quando e dove recarsi al termine del primo colloquio, fa ritenere che la compliance asserita come adeguata potrebbe essere invece non completa e anche la motivazione addotta di essersi sentita molto male dopo il colloquio, oltre a non corrispondere a quanto appariva esternamente, va a disconfermare l'affermazione che si sposta solo se accompagnata, visto che ha riferito di essersi dovuta far venire a prendere dal marito per tornare a casa perché stava troppo male. (...)” (doc. AI 67/265). Va altresì osservato che, sempre nella perizia del 18 marzo 2019 (doc. AI 67/250-288), circa le “informazioni da terzi”, il dr. _____ ha rilevato: “(...) Colloquio telefonico in data 13.03.2019 con la Dr.ssa _____ che ha seguito l'assicurata fino al marzo 2018. La collega conferma il quadro psicotico iniziale con elevate quote di angoscia che erano migliorate con la terapia farmacologica. La collega a inizio 2018 è stata assente per un breve periodo per maternità ma conferma che non aveva ritenuto opportuno continuare a certificare malattia dopo la decisione _____ di sospendere le indennità a marzo 2018. Riferisce che mentre era in maternità era stata contattata anche dall' _____ dove l'assicurata si era rivolta per farsi certificare ulteriore malattia e le sembra che non fosse stato rilasciato alcun certificato. Conferma che aveva iniziato a parlare con l'assicurata, visti i miglioramenti che anch'ella le riferiva, di un rientro al lavoro quando poi il rapporto si è interrotto sia per la gravidanza che, forse, per la non opposizione della curante alla decisione _____. Ho tentato in due occasioni di contattare telefonicamente la Dr.ssa _____ dello studio _____, attuale curante dell'assicurata senza riuscirci. (...)” (doc. AI 67/265). Stante quanto precede questo Tribunale non vede ragioni per scostarsi dalla perizia psichiatrica del dr. _____ del 18 marzo con complemento del 23 maggio 2019 (doc. AI 67/250-288 e 84/341). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo agli ulteriori certificati del dr. _____ – prodotti durante la procedura – del 29 agosto 2019 (doc. G), del 7 ottobre (VI/1) e del 30 ottobre 2019 (X/2). Al riguardo – osservato come il dr. _____ non si è confrontato con il succitato complemento peritale 23 maggio 2019 del _____ – questo Tribunale può fare proprio quanto addotto dai medici SMR dr. _____ e dr.ssa _____ che, nelle annotazioni del 30 settembre, del 22 ottobre e del 14 novembre 2019 hanno rilevato: • “(...) doc. G: infine relazioni del 29.08.2019 di _____, a firma Dr.

_____, Dr.ssa _____ e signor _____ di difficile interpretazione con riferimento a generico stato psichico peggiorato e quadro clinico compromesso. Nella sostanza la presente relazione corrisponde al precedente scritto del 26.04.2019 con diagnosi di Sindrome depressiva ricorrente e disturbi di attacco di panico priva di connotazioni oggettive di status e prognosi così come confermato dal complemento di perizia del Dr. _____ del 23.05.2019. (...)” (IV/1); • “(...) - certificato _____ del 7.10.2019 con indicata incapacità lavorativa del 100%, a firma dei Dr.es _____ / _____ e signor _____. Vengono ribadite le consuete diagnosi già certificate in precedenza e confutate dalla perizia esperita dal Dr. _____ del 18.03.2019. In particolare non viene attestato alcun oggettivo peggioramento dello stato di salute, non esiste alcun ricovero e non viene fatta alcuna menzione circa una variazione/implementazione della terapia. Viene genericamente attestata un'incapacità lavorativa 100% a causa dei un indefinito "gravoso quadro psicopatologico in essere, in relazione alla nosodromia clinica". Il quadro psicopatologico presentato dall'A, si ribadisce, è già stato valutato in sede peritale presso il _____ dal Dr. _____. Inoltre l'attuale certificato è del tutto simile a quello già sottoposto al perito ed ulteriormente considerato in sede SMR (v. annotazione 30.09.2019) (...)” (VIII/1) e • “(...) da ultimo l'A allega relazioni del Dr. _____ (29.10.2019) e dello studio _____ [ndr. si riferisce al certificato del 30 ottobre 2019 sub X/2] che non apportano elementi nuovi e/o variazioni significative ed oggettive di elementi già valutati in precedenza. (...)” (XII/1). Quanto all'aspetto somatico – a prescindere dal fatto che, fatto salvo il rapporto 20 agosto 2019 nel quale ha concluso che “(...) la paziente non è in grado di svolgere alcun lavoro fisico (...)” (doc. F), il dr. _____, FMH in chirurgia, nei rapporti 7 ottobre (VI/2) e 29 ottobre 2019 (X/1); il dr. _____, medico assistente del Pronto Soccorso dell'Ospedale _____ di _____, nel rapporto del 14 giugno 2019 (doc. B) e i dottori _____, _____ e _____, nei rapporti del Servizio di Radiologia della Clinica _____ del 21 agosto 2019 (doc. C = VI/5), del 23 agosto 2019 (doc. D = VI/4) e del 26 agosto 2019 (doc. E = VI/3) e dell'8 settembre 2017 (VI/6); non si sono espressi sulla capacità lavorativa – questo Tribunale può fare proprie le valutazioni dei medici SMR dr. _____ e dr.ssa _____ che, nelle annotazioni del 30 settembre, del 22 ottobre e del

E. 6

Persistenza : grado di disabilità assente: nonostante la riferita stanchezza non si notano segni di affaticamento o di rallentamento psicomotorio che la giustifichino.

E. 7

Assertività : grado di disabilità assente: nonostante affermi di essere profondamente cambiata a causa della magia in famiglia riferisce di arrabbiarsi quando il marito sporca in casa ed è persa in grado di far valere i propri diritti quando ha ritenuto che non fosse corretto chiudere la malattia, utilizzando modalità lecite e per nulla impulsive.

E. 8

Contatto con gli altri : grado di disabilità assente: colloquiabile, non ha molti rapporti ma sembra che anche in passato non vi fosse una vita sociale particolarmente ricca.

E. 8.1

CL nell'attività abituale ed adeguata Appare giustificata una IL piena da aprile 2017 fino a tutto febbraio 2018. Successivamente, da marzo 2018, il quadro in assenza di peggioramento è verosimilmente sovrapponibile al [ndr. recte: a] quello attualmente

apprezzato e non si ritiene più giustificata alcuna limitazione della CL.

E. 8.2

CL in attività assimilabile a quella di casalinga Sebbene l'assicurata riferisca di essere completamente inattiva, non vi sono disturbi psicopatologici che rendano plausibili limitazioni nell'attività domestica.

E. 8.3

Provvedimenti sanitari e terapie con ripercussione sulla CL Non sono ritenuti necessari (...) (doc. AI 67/268-270) Il medico SMR dr.ssa _____ – sulla base della succitata perizia del _____ e ritenuti: • il “Rapporto sulla visita medica fiduciaria del 24 gennaio 2018 alle ore 14:00” (doc. 9/21-26 dell’incarto cassa malati) nel quale la dr.ssa _____, FMH in medicina interna generale, circa i limiti nell’esercizio dell’ultima attività svolta, ha concluso che “(...) sul piano somatico non vi sono limitazioni per l’esecuzione dell’attività di ausiliaria di pulizie attualmente ma per evitare peggioramenti dello stato di salute si consiglia comunque di rispettare i limiti funzionali indicati da Dr. _____ (che appaiono rispettabile nell’attività svolta): può sollevare pesi inferiori ai 5 kg. Può trasportare carichi di 5-10 kg, postura eretta 2-3 ore al giorno, postura seduta 6-8 ore al giorno, deambulazione 2-3 ore al giorno. (...)” (doc. 9/25 dell’incarto cassa malati); • il “Rapporto medico” del 27 aprile 2018 (doc. AI 41/189-190) nel quale il dr. _____, FMH in ortopedia e reumatologia, poste le diagnosi di “(...) Sindrome d’impingement sottoacromiale spalla destra con tendinopatia sovraspinato, borsite sottoacromiale e artrosi acromioclavicolare. Sospetta radicolopatia irritativa C6 destra. Discopatia, osteocondrosi e uncartrosi cervicale C5-C7. Sindrome del dolore cronico e sospetta fibromialgia. Sindrome del tunnel carpale destra. Alterazione sottocutanea zona deltoidea destra, probabilmente lipomi. (...)” (doc. AI 41/189), ha concluso per una “(...) inabilità lavorativa al 100% dal 01.03.2018 per disturbi alla spalla destra. (...)” (doc. AI 41/190) e • l’e-mail del 28 giugno 2018 nel quale lo stesso dr. _____ ha attestato che “(...) confermo di aver di nuovo visitato presso il mio studio la paziente RI 1 in data 26.06.2018. In base all’esame clinico la paziente riprenderà la fisioterapia per 1-2 cicli ed è stata dichiarata di nuovo abile al lavoro in misura completa a partire dal 01.07.2018 per la problematica a livello della spalla destra e per gli altri residui disturbi ortopedici. La paziente si dichiara d’accordo con questo procedere. (...)” (doc. AI 68/289-292) – , nel rapporto finale 1. aprile 2019 (doc. AI 68/289-292), ha attestato i seguenti gradi e periodi di incapacità lavorativa validi sia per l’attività abituale di ausiliaria di pulizie che in un’attività adeguata: " (...) 100% dal 13.03.2017 0% dal 18.04.2017 100% dal 11.05.2017 0% dal 21.06.2017 100% dal 11.07.2017 0% dal 01.03.2018 100% dal 06.03.2018 0% dal 01.07.2018 (...)” (doc. AI 68/291) Il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia e Direttore sanitario di _____, nel “Certificato medico psichiatrico a favore della Signora RI 1, _____ 1969” del 26 aprile 2014 indirizzato all’avv. _____ (doc. AI 76/322-324 prodotto con le “Osservazioni” del 17 maggio 2019 presentate, tramite l’avv. _____, al preavviso del 3 aprile 2019 sub. doc AI 70/295-299 e 76/305-307) si è così espresso: " (...) in riferimento a quanto da Lei richiestoci, di seguito le nostre osservazioni riguardanti la perizia redatta dal Dr. med. _____ del 18.03 u.s. A seguito di un'oculata analisi del dettato peritale del collega, anzitutto pare importante asserire come, a differenza di quanto da quest'ultimo affermato, in base alla nostra settimanale osservazione clinica non possiamo che contestare la remissione completa da egli decantata. Tale dissenso fonda il proprio dominio su come siano ancora presenti in forma elevata i sintomi, che in precedenza dai

colleghi e noi medesimi erano stati considerati necessari e sufficienti per diagnosticare l'affezione depressiva maggiore con sintomi psicotici della quale ella è portatrice. A tal motivo La si evince di come, le percezioni della paziente, riportate dal Dr. _____ come "scosse in corpo come se si muovessero organi interni, dolori alla schiena come ginocchiate che prende da ombre come se la seguissero e volessero aggredirla, passi dietro di lei" sono tutt'ora presenti ed invalidanti nella totalità il funzionamento genarle della summenzionata paziente. Cionondimeno non si conviene con il collega quando riporta di non denotarne traccia nel discorso della paziente, aggiungendo noi a tal riguardo come ella possa nascondere la propria condizione, proprio a ragione della propria struttura paranoidea, tra l'altro dalla totalità dei colleghi riconosciuta. Asserendo come in un caso grave come il presente non sia sufficiente limitarsi alla mancata verbalizzazione della paziente, bensì analizzarne la struttura, la quale è da noi considerata grave e di tipologia psicotica, in una disgregazione totale dell'armonizzazione del proprio reale, immaginario e simbolico su base depressiva. Oltremodo ci permettiamo di dissentire circa quanto sempre dal collega Dr. _____ argomentato e, riferito al fatto di come, data l'assenza di un ricovero la remissione sia in essere. Giacché, tale ricovero pare non essere stato preso in considerazione come necessario nemmeno dalla collega curante precedente, proprio a fronte di un'assenza franca di pericolosità verso sé stessa o terze persone. RicordandoLe tra l'altro come, al momento attuale non ci siano i presupposti necessari per un trattamento sotto regime stazionario, poiché la cura è orchestrata adeguatamente sotto regime di ricovero semi-stazionario. L'I.L. è da noi confermata nella misura del 100% nei confronti della totalità delle professioni, la prognosi sulla ipotetica C.L. è al momento attuale altamente sfavorevole, in quadro clinico compromesso nella sua totalità su estinzione delle risorse anche basilari per aderire, relazionarsi e mantenere una qualsiasi attività lavorativa su struttura psicotica grave. Tale alterazione della struttura è evincibile oltremodo anche da quanto apprezzato dal dettato peritale del collega, quand'egli riporta l'aneddoto relativo alla "_____dalla Mecca" regalata alla paziente dalla Dr.ssa _____. Denotando come l'intera forma e contenuto del pensiero sia nella sua interezza inficiato da apriorismi culturali, i quali oscurano e, come in un delirio succede, razionalmente pongono giudizio erroneo della realtà come forma estrema di "auto-terapia" a beneficio di un ego oscurato da una realtà disgregata, nella quale l'ideazione delirante su interpretatività è la forma unica rimanente per eludere il decesso psichico. Si vuole oltremodo porre l'accento su come, forse il collega _____ non denoti presenza di una chiara nosografia proprio in correlazione di quanto la comunità scientifica depone sotto l'accezione di "etno-psichiatria", termine e branca coniata proprio per questioni atipiche come la presente in questione al fine di annoverare anche tali soggetti all'interno di classificazioni categoriali particolari. Inoltre si vuole sottolineare come tale componente culturale sia stata riportata anche dal collega quando egli si esprime asserendo come "a mio avviso la componente culturale giochi un ruolo importante". A tal motivo non si comprende come possa riconoscere tale questione e non darle il peso che merita nell'analisi del caso. Tra l'altro risulta altamente evincibile dalla lettura della precisa descrizione della giornata riportata dal Dr. _____, come la paziente tergiversi in uno stato psicopatologico maggiore e, sempre in base all'analisi di codesto aspetto non è per noi comprensibile da dove si possa dedurre l'aspetto di remissione totale asserito da quest'ultimo. Per quel che concerne le nostre osservazioni sui risultati testistici, si vuole sottolineare come un test per quanto acclarato sia, quando somministrato a soggetti appartenenti ad estrazioni culturali non appartenenti al campione di riferimento per la validazione del medesimo, esso perda nella totalità il proprio valore e potere

psicometrico. In conclusione siamo a riconfermarLe il nostro impianto diagnostico, già resoLe in precedenza edotto, asserendo in ultimo come date le gravose condizioni cliniche solo in base alla nosodromia prossima ci si potrà esprimere in merito ad un ipotetico aspetto di remissione, il quale al momento attuale è totalmente assente. (...)" (doc. AI 76/322-324)

Il dr. _____ – invitato a prendere posizione sulle succitate “Osservazioni” del 17 maggio 2019 e alla documentazione medica allegata (doc. AI 78/335 e 79/336) –, nel complemento peritale del 23 maggio 2019 (doc. AI 84/341) ha rilevato: " (...) Ho preso visione delle osservazioni poste dai curanti della assicurata in oggetto dello studio _____ di _____ (Dr _____, Dr.ssa _____ e Lic. Psic. _____) contenute nello scritto datato 26.04.2019. La mia valutazione ha tenuto conto sia di quanto riferito dall'assicurata, che ho riportato e che appare incontestato nello scritto dei curanti, sia da quanto si è potuto osservare oggettivamente (discrepanze riportate al punto 4.4 dell'elaborato peritale), sia dall'assenza di un quadro depressivo maggiore obiettivamente, che era la diagnosi che era stata inizialmente posta sia dal Dr _____ che dalla Dr.ssa _____ che dagli attuali curanti dello studio _____, sia dalla evoluzione del disturbo che già la precedente curante Dr.ssa _____ diagnosticava in parziale remissione nel gennaio 2018 anche a fronte di un invarianza di quanto soggettivamente riportato dall'assicurata e dall'assenza di peggioramento. Nella discussione diagnostica (punto 6) in modo credo articolato, escludendo la presenza di un disturbo depressivo attuale, prendevo in analisi le altre ipotesi diagnostiche possibili (schizofrenia e disturbi deliranti) che escludevo in base alla presentazione clinica (soggettiva ed oggettiva). Non ritengo quindi di essermi limitato "alla mancata verbalizzazione della paziente" . Ricordo inoltre di aver tenuto in considerazione l'aspetto culturale ed etnopsichiatrico nella mia valutazione anche alla SIRS-2, che comunque è un'intervista validata per gruppi etnici (vedi pagina 92 del manuale al capitolo 6.8.1 "generalizzazione tra gruppi etnici"), laddove, a fronte di un risultato di simulazione al test affermo (4.3.2) che: "alcuni punteggi possono aver risentito della difficoltà di comprensione delle affermazioni" e ritengo quindi più opportuno parlare di "esagerazione della sintomatologia" che di vera e propria simulazione. Per quanto attiene infine alla descrizione della giornata che fa parte integrante della valutazione peritale, questa è sempre un dato soggettivamente riferito che va confrontato con quanto si obiettiva e, anche in questo caso ho notato discrepanze descritte al punto

E. 9

integrazione nel gruppo : grado di disabilità assente: sarebbe preferibile evitare un reinserimento nel precedente posto di lavoro, come anche già sottolineato dalla Dr.ssa _____.

E. 10

Relazioni intime : grado di disabilità assente: non evidenza di importanti problematiche familiari.

E. 11

Attività spontanee : grado di disabilità assente: non è presente abulia, rallentamento, la riferita anedonia non dipende da patologia depressiva o sintomatologia psicotica negativa.

E. 12

Cura di sé : grado di disabilità assente: normalmente curata nell'aspetto.

E. 13

Mobilità : grado di disabilità assente: l'asserita necessità di essere accompagnata da famigliari in ogni spostamento non trova una base in evitamenti agorafobici né in vissuti persecutori a forte compartecipazione emotiva. Seppure l'assicurata riferisca numerose limitazioni queste non sono giustificate da una psicopatologia maggiore in atto e non sono pertanto plausibili. 8. ELENCO DEI QUESITI PERITALI E RELATIVE RISPOSTE

E. 14

novembre 2019, si sono così espressi: •“(…) - doc. B: rapporto _____ del 14.06.2019, Pronto Soccorso, visita di stessa data per emicrania con aura, trattata con Dafalgan e regredita dopo adeguata idratazione. Non si tratta pertanto di malattia di lunga durata; - doc. C, D, E: rapporti Clinica _____, MRI colonna cervicale del 21.08.2019, MRI spalla sinistra del 23.08.2019 e MRI spalla destra del 26.08.2019. Non vengono presentate nuove informazioni, rispettivamente aggravamento di condizioni cliniche già note; - doc. F: relata del 20.8.2019 a firma Dr. med. _____, FMH chirurgia che indica generico peggioramento psico-fisico e crisi di paranoia non meglio specificate per le quali non viene previsto alcun seguito (...)” (IV/1); •“(…) - certificato Dr. _____, FMH chirurgia, del 07.10.2019, che attesta che lo stato psico-fisico attuale risulta peggiorato per problemi ortopedici e neurologici, indicando un indefinito stato peggiorato a livello delle discopatie. Notiamo inoltre con sorpresa che il Dr. _____, cita una presa a carico presso il _____ di cui non avevamo menzione. La certificazione del Dr. _____ non riferisce alcuna indicazione circa lo status clinico attuale presentato in sede di visita presso il suo studio, non pone nuove diagnosi precise e circostanziate, non formula alcuna prognosi, non fornisce alcuna informazione circa il periodo d'insorgenza dell'emicrania con aura trattata dalla neurologia dell'Ospedale _____. Si ricorda come agli atti sia presente il rapporto di _____ del 14.06.2019, Pronto Soccorso, visita di stessa data per emicrania con aura, trattata con Dafalgan e banalmente regredita dopo adeguata idratazione. Non si tratta pertanto di malattia di lunga durata. Tale documentazione è stata già valutata in precedenza. Da ultimo vengono allegate le seguenti risonanze magnetiche; - MRI Spalla dx del 22.8.2019, rapporto del 26.8.2019 Clinica _____; - MRI Spalla sx del 22.8.2019, rapporto del 23.8.2019 Clinica _____; - MRI Colonna Cervicale del 21.8.2019, rapporto Clinica Sant'Anna di stessa data; - MRI Spalla dx del 7.9.2017 e MRI colonna cervicale del 7.9.2017, rapporto Clinica _____ del 8.9.2017. Tutti i citati esami sono già stati valutati in precedenza (vedi nota SMR del 30.09.2019) e specificatamente non presentano nuove informazioni, rispettivamente aggravamento di condizioni cliniche già note. Riassumendo: 1) non esiste alcuna nuova precisa diagnosi per una malattia di lunga durata o alcun obiettivo peggioramento dello stato di salute; 2) non viene documentato alcun blocco articolare; 3) non esiste alcun nuovo ricovero; 4) non esiste un esame obiettivo condotto sull'A che documenti un peggioramento obiettivo del suo stato di salute; 5) non esiste un piano di terapia fisica, riabilitativa prescritta/seguita attualmente dall'A; 6) non esiste un aggiustamento/ rimaneggiamento/ aumento della terapia farmacologica. (...)” (VIII/1) e •“(…) si precisa che le MRI Spalla dx del 22.8.2019, MRI Spalla sx del 22.8.2019, MRI Colonna Cervicale del 21.08.2019 sono state debitamente valutate e comparate con MRI Spalla dx del 7.9.2017 e MRI colonna cervicale del 7.9.2017, già in precedenza agli atti (vedi fascicolo _____) in sede di ricorso dell'A, come si evince dalle note del 30.09.2019 e 22.10.2019 (...)” (XII/2). L'insorgente, come accennato (cfr. consid. 1.9), con scritto del 21 novembre 2019 (XIV) – richiamata la documentazione medica agli atti (di cui si è ampiamente detto sopra e che è stata sottoposta ai periti del _____ e ai medici SMR dr.ssa _____ e dr. _____) senza produrne della

nuova – ha ribadito che dalla documentazione medica risulterebbe un peggioramento dello “stato locale” che l’amministrazione non avrebbe approfondito (“(…) contesto nuovamente quanto scritto dal SMR in quanto dai rapporti medici delle diverse cliniche datati a 14.06.2019, 21.08.2019, 23.08.2019 e 26.08.2019 viene esplicitato un peggioramento dello stato locale a cui non è stata richiesta nessuna informazione supplementare. (...)” (XIV)). Al riguardo va ricordato che il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell’obbligo delle parti di collaborare, quest’obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi – segnatamente di natura medica – a sostegno delle proprie argomentazioni (cfr. sul tema STCA 32.2017.70 del 9 novembre 2017, consid. 2.7 e rinvii ivi citati). Stante quanto precede, il TCA non ha quindi motivo di scostarsi dalle suesposte considerazioni espresse dai periti del _____ e dai medici SMR dr.ssa _____ e dr. _____. Diversamente da quanto valutato dall’Alta Corte nella STF 8C_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 2018 IV nr. 4 – nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione – questo Tribunale non vede nel caso concreto alcun motivo che possa impedire di fondare il proprio giudizio sulle risultanze mediche del SMR, la cui affidabilità e concluzione non è stata oggettivamente messa in dubbio da refertazioni specialistiche in grado di rimetterle in discussione (STF 9C_404/2018 del 22 agosto 2018). In siffatte circostanze il TCA non condivide le critiche mosse dall’insorgente all’operato dell’amministrazione dal profilo medico, motivo per il quale tutte le censure sollevate al riguardo sono respinte. Ritenuto tutto quanto sopra esposto – senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti (nella STF 9C_267/2013 del 27 maggio 2013 il TF ha rilevato che “(...) A tal riguardo occorre ricordare che anche tenendo conto della più recente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell’uomo, nelle procedure concernenti l’assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell’ente assicuratore - e tanto meno a una perizia giudiziaria -, una tale perizia dovendo unicamente (ma pur sempre) essere ordinata qualora sussistano dubbi - anche solo minimi - riguardo all’attendibilità e alla concluzione delle attestazioni mediche interne dell’assicurazione (DTF 135 V 465). (...)”) – , dal punto di vista medico, questo Tribunale ribadisce che va confermata la valutazione del medico SMR dr.ssa _____ secondo la quale, tanto nell’attività abituale quanto in un’attività adeguata, al termine dell’anno di carezza l’incapacità lavorativa è stata del 100% dal 1. marzo al 30 giugno 2018 mentre che dal 1. luglio 2018 la capacità di lavoro è piena. 2.8. Visto che dal 1. marzo 2018, termine dell’anno di carezza ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI, l’inabilità lavorativa del 100% è durata fino al 30 giugno 2018 (in seguito capacità di lavoro piena tanto nell’attività abituale quanto in un’altra attività adeguata) e ritenuta la tardività della domanda di prestazioni del novembre 2017 (secondo l’art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l’assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all’art. 29 LPGA) è dunque a ragione che l’Ufficio AI ha riconosciuto all’insorgente il diritto ad una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. maggio al 30 giugno 2018. 2.9. Visto tutto quanto precede la decisione impugnata va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.10. Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all’assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L’entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1’000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza

riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.