

# **TI\_GERICHTE 32.2001.112 vom 30. November 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-11-30, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2001.112](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.112)

FR: TI\_GERICHTE 32.2001.112 du 30 novembre 2001

IT: TI\_GERICHTE 32.2001.112 del 30 novembre 2001

## **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

## **Erwägungen**

### **E. 4**

cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). 2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente oppure soppressa (art. 41 LAI). La revisione avviene d'ufficio o su domanda (art. 87 cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto nel caso di revisione della rendita, ma anche nel caso di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 in re St. non pubblicata; RCC 1984 p. 137). 2.4. Anche ai fini della revisione del grado d'invalidità fa stato l'art. 4 LAI, secondo il quale per invalidità si intende l'incapacità di guadagno cagionata da un danno alla salute. Perciò, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione secondo l'art. 41 LAI non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (RCC 1989 pag. 323; DTF 113 V 275; DTF 109 V 116). Le conseguenze economiche del danno alla salute subiscono ad esempio una modifica rilevante allorché l'assicurato ottiene un posto di lavoro meglio retribuito. In questo caso il reddito d'invalido è raffrontato con il reddito ottenibile senza l'invalidità per stabilire il nuovo grado d'invalidità in sede di revisione (SVR 1996, IV n. 70, pag. 204, consid. 3c). Affinché sia possibile la

revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una notevole modificazione, tale da influire in modo diverso sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto vista in astratto, ma piuttosto in rapporto all'art. 28 cpv. 1 LAI che prevede l'assegnazione di un quarto di rendita quando il grado d'invalidità è di almeno il 40%, una mezza rendita quando il grado d'invalidità è di almeno il 50% e una rendita intera quando l'invalidità raggiunge almeno il 66 2/3%. Comunque una revisione della rendita è possibile unicamente se, da quando è stata resa la decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987, pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in re G.C., Bellinzona, non pubblicata).

2.5. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI, inoltre, l'invalidità è determinata 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 e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e quindi fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; U. Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurigo 1997, ad art. 28 LAI p. 212). A questo proposito occorre rilevare che il TFA ha inoltre stabilito che per determinare il grado d'invalidità di un assicurato bisogna prendere in considerazione solo il guadagno che corrisponde oggettivamente alla residua capacità di guadagno (RCC 1979, 336).

2.6. \_\_\_\_\_ è stata posta al beneficio di una mezza rendita d'invalidità dal 1° luglio 1999 (cfr. decisione 13 ottobre 1999, doc. AI \_). Con la domanda di revisione che ci occupa, il medico curante, dr. \_\_\_\_\_, ha prodotto un certificato datato 13 ottobre 2000 del prof. dr. med. \_\_\_\_\_, primario in cardiologia e angiologia all'Ospedale Regionale \_\_\_\_\_, il quale è dell'avviso di considerare la paziente inabile al 100% nella sua attuale lavorativa (doc. AI \_). Il dr. \_\_\_\_\_ ha inoltre fatto presente che in data 20 ottobre 2000 la paziente aveva subito un piccolo attacco ischemico, con conseguente totale incapacità lavorativa (doc. AI \_). Lo specialista in neurologia all'Ospedale di \_\_\_\_\_, dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto 6 settembre 2001, ha infine attestato un'inabilità al 100% dal 20 ottobre 2000, a seguito di una " sospetta recidiva di un TIA (non confermata) con coinvolgimento motorio dell'arto superiore destro avvenuto il 20 ottobre 2000" ( doc. AI \_). Interpellati in seguito dall'UAI, gli specialisti hanno valutato un'inabilità al 50%. Il 30 ottobre 2001 il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che la paziente può essere impiegata al 50% quale infermiera in cure generali (doc. AI \_). Di analogo parere è anche il dr. \_\_\_\_\_, il quale ha pure definito come preoccupante il fatto che, dopo il risanamento chirurgico del foramen ovale aperto, la paziente sia stata oggetto di un ulteriore attacco ischemico cerebrale (cfr. rapporto 9 novembre 2001, doc. AI \_). Pendente causa l'assicurata ha trasmesso la lettera 17 dicembre 2001 del dr. \_\_\_\_\_. Confermata l'inabilità lavorativa al 50%, lo specialista ha precisato (sottolineatura del redattore) : " Segnalavo già allora tuttavia la presenza di un evento cerebrovascolare avvenuto dopo l'intervento di risanamento cardiochirurgico nonché un grave stato depressivo in concomitanza all'intervento di cardiocirurgia e che persiste attualmente: questi due aspetti di pertinenza non cardiologica dovevano essere valutati separatamente, a mio avviso, per determinare un'eventuale incidenza ulteriore sull'inabilità lavorativa". (Doc. \_). Da ultimo,

con scritto 21 gennaio 2002 il neurologo dr. \_\_\_\_\_ ha comunicato all'UAI che l'assicurata è da ritenere pienamente inabile al 100% quale infermiera strumentista (doc. \_). Considerata la succitata documentazione medica non concludente e parzialmente contraddittoria, rilevata inoltre la necessità di procedere ad una valutazione psichiatrica, il Vicepresidente del TCA ha ordinato l'esecuzione di una perizia multidisciplinare a cura del SAM. 2.7. Dal referto 24 giugno 2002 (doc. \_) risulta che per l'esecuzione della perizia i responsabili del SAM si sono avvalsi della copiosa documentazione medica acquisita agli atti ed hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura cardiologica, neurologica e psichiatrica. Sulla base delle risultanze, il SAM ha posto la seguente diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa: " 5.1 Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa Stato dopo TIA con emiparesi ds., con buon recupero funzionale (29.12.1997). Stato dopo chiusura del forame ovale pervio mediante intervento cardiocirurgico di minitoracotomia (12.11.1998). Stato dopo verosimile recidiva di TIA il 20.10.2000, con - disturbi cognitivi con difficoltà di memoria, di concentrazione e d'organizzazione del lavoro. Sindrome X diagnosticata nel luglio 1997. Sindrome ansiosodepressiva reattiva a problematica intemistico - neurologica, con somatizzazioni d'ansia, in paziente con disturbo di personalità anancastico." (cfr. doc. \_ pag. 11) 2.7.1. Dal punto di vista cardiologico l'assicurata è stata visitata dal dr. \_\_\_\_\_. Sulla base di tale consulto, i periti del SAM hanno concluso come segue (sottolineatura del redattore): " Patologia cardiologica Rimando al consulto del dr. \_\_\_\_\_. Nel 1994 compaiono i primi disturbi. Si sospetta un'angina pectoris, ma la coronarografia presso l'\_\_\_\_\_ è normale (non abbiamo documentazione medica al riguardo). Nel luglio 1997 vi è un ricovero all'Ospedale Regionale \_\_\_\_\_ per sospetta angina pectoris. La coronarografia a \_\_\_\_\_ è normale. Vi è tuttavia una spiccata componente vasocostrittiva. Nel dicembre 1997 l'A. presenta un attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA); il ricovero presso l'Ospedale Regionale \_\_\_\_\_ evidenzia un forame ovale aperto. S'inizia un'antiaggregazione ed un'anticoagulazione. Nell'ottobre 1998 il prof. \_\_\_\_\_ parla di sindrome x, anche sulla base del tracciato ECGrafico, ed il mese successivo, novembre 1998, al \_\_\_\_\_ si esegue una chiusura del forame ovale pervio. Il decorso postoperatorio è contraddistinto da una fibrillazione atriale. Nel novembre 1998 l'A. ha un episodio lipotimico di probabile origine vasovagale. Ricoverata in cure intense. All'ECG onda T neg. anterolat., come in precedenza. Nel marzo 1999 ricovero all'Osp. di \_\_\_\_\_ per toracalgie non chiare. Nell'ottobre 2000 il prof. \_\_\_\_\_ conferma la diagnosi di sindrome X documentata con ripetute prove cicloergometriche (scintigrafia miocardica patologica). L'A. ha dunque avuto una TIA nel 1997 e nell'ottobre 2000 un'altra. Fa' il punto sulla situazione cardiologica il dr. \_\_\_\_\_, che ha pure eseguito una cicloergometria (clinicamente neg. ed ECGraficamente borderline) ed un ecocardiogramma (normale). Egli conferma la terapia in atto e dichiara l'A. incapace al lavoro al 50% a partire dal luglio 1999, dal punto di vista cardiologico. Il nostro consulente afferma, inoltre, che una valutazione neuropsicologica permetterà di definire il grado complessivo dell'inabilità lavorativa (al SAM non è stata eseguita, essendo il caso ben chiaro)."(cfr. doc. \_) 2.7.2. Per quel che concerne le affezioni neurologiche, l'assicurata è stata vista dal dr. med. \_\_\_\_\_. In merito il SAM ha rilevato che (sottolineatura del redattore): " Patologia neurologica Inizia nel 1997. Una MRI mostra alterazioni cerebrali probabilmente vascolari croniche del centro semiovale da ambo i lati. Nel 2000 l'A. presenta nuovamente disturbi sensitivi al braccio ds., rapidamente regrediti. Fa' il punto sulla situazione neurologica lo specialista dr. \_\_\_\_\_, nel suo consulto SAM.L'A. ha presentato due episodi, con deficits motori improvvisi, della durata di meno di 2h al braccio ds.. Il dr. \_\_\_\_\_, in

occasione del consulto SAM, non ha potuto evidenziare reperti indicativi di una rilevante lesione persistente cerebrale. Così egli dichiara: "La paziente non è limitata da deficits neurologici, ma piuttosto da disturbi cognitivi, con difficoltà di memoria e di concentrazione ed anche difficoltà ad organizzare il lavoro, perciò non se la sente di riprendere un'attività quale infermiera in ospedale, anche solo a tempo parziale; ha paura di commettere errori, con conseguenze rilevanti per i pazienti. Lesioni cerebrovascolari sottocorticali possono ev. pure essere messe in relazione a difficoltà cognitive, anche se mi è difficile quantificare la loro rilevanza effettiva in quest'ambito. Questi sintomi potrebbero essere dovuti ad una concomitante sindrome depressivoansiosa; sarà valutata in ambito psichiatrico. Non vi è a tutt'oggi un'inabilità lavorativa che superi il 50%, per quel che riguarda i deficits oggettivabili all'esame neurologico odierno. L'evoluzione dal profilo strettamente neurologico, negli ultimi tre anni, può essere considerata stabile. La prognosi è da considerare, tutto sommato, favorevole, anche se recidive non sono naturalmente del tutto escluse". (Cfr. doc. \_ pag. 12) 2.7.3. Infine, la componente psichica è stata vagliata dal dr. \_\_\_\_\_. Quanto agli esiti di tale consulto, i medici del SAM hanno rilevato che (le sottolineature sono del redattore): " Patologia psichiatrica L'A. dichiara di non essere mai stata in cura psichiatrica. Anche l'anamnesi familiare, a questo riguardo, risulta muta. Il consulto psichiatrico del dr. \_\_\_\_\_ evidenzia una personalità molto riservata, ambiziosa nelle sue mete professionali. Infatti, la Signora \_\_\_\_\_ è riuscita ad esercitare per decenni la sua professione di strumentista in sala operatoria con ottimi risultati. La situazione è gradatamente cambiata, a causa dei due TIA (attacchi ischemici cerebrali) del novembre 1997 e del gennaio 2001. Da allora si evidenzia perdita di memoria, riduzione della capacità di concentrazione e delle capacità intellettuali. Questi deficits sono stati pure notati al SAM, sia come disturbi dell'A., sia come constatazione psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_. Sotto certi aspetti l'A. appare un poco l'ombra di se stessa. Quanto prima doveva apparire efficiente, capace ed entusiasta, tanto ora appare riservata, consapevole dei suoi deficits intellettivi. Quest'elemento appare fondamentale da un punto di vista professionale. Anche nella raccolta anamnestica ella evidenzia deficits mnemonici. Non riferisce con esattezza date ed alla fine del colloquio si ha l'esatta impressione dei suoi disturbi mnemonici ed intellettivi. Il dr. \_\_\_\_\_ parla di sindrome ansiosodepressiva reattiva a problematica internistico - neurologica, con somatizzazioni d'ansia in paziente con disturbo di personalità anancastico. L'incapacità lavorativa psichiatrica è fissata al 70%. Ricordo come il dr. \_\_\_\_\_, neurologo, nel suo consulto neurologico SAM, assegni - da un suo punto di vista specialistico - un'incapacità lavorativa del 50%, lasciando allo psichiatra la valutazione di sua stretta competenza. Ne esce un quadro evidente di capacità intellettive e mnemoniche alterate, accompagnato da sindrome ansiosodepressiva con disturbo di personalità. Se a ciò assommiamo la patologia cardiologica, che il dr. \_\_\_\_\_ valuta come incapacità lavorativa del 50%, il giudizio globale di quest'A. cinquantottenne, con un'anamnesi professionale di quasi quarant'anni di lavoro, porta a considerare il caso definitivamente compromesso per quanto riguarda la capacità lavorativa. Si tratta, infatti, di attività di spiccata responsabilità che l'A. non è più attualmente in grado di svolgere." (cfr. doc. \_ pag. 13) 2.7.4. Il SAM ha poi proceduto ad una valutazione globale del grado di capacità lavorativa, evidenziando quanto segue: "

## **E. 7**

**VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITA' LAVORATIVA** L'A. presenta globalmente una capacità lavorativa nulla nella sua professione ed in qualsiasi altra di pari impegno intellettuale a partire dal 20.10.2000

(attestazione del 6.09.2001 del dr. \_\_\_\_\_), fino ad ora e continua." (cfr. doc. \_ pag. 13) In merito allo sviluppo dell'incapacità lavorativa, il SAM ha riscontrato: " L'A. presenta una totale capacità lavorativa fino al 26.07.1999. Dal 27.07.1999 presenta un'incapacità lavorativa del 50% e dal 20.10.2000 una totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività per le patologie sopra esposte" ( Doc. \_, pag. 15). 2.8. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili ((DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332 ). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAL 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Il TFA ha inoltre precisato che, nell'ipotesi in cui si tratti di una lite in materia di prestazioni, dall'art. 4 CF rispettivamente 6 CEDU, non può essere dedotto il diritto di essere sottoposto ad una perizia medica esterna (DTF 122 V 157). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C ; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). ). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), cfr. U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). 2.9. In caso di perizia giudiziaria, il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito, il cui ruolo consiste proprio nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica, per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti (STFA del 12 novembre 1998 in re L.A; SVR 1998 LPP Nr. 16 p. 55; STFA non pubbl. del 14 aprile 1998 in re O.B; DTF 122 V 161; STFA non pubbl. del 28 novembre 1996 in re G. F.; DTF 112 V 32 consid. 1a; DTF 107 V 174 consid. 3). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario, nel caso in cui il rapporto peritale contenga delle contraddizioni o sulla base di una controperizia, richiesta dal medesimo tribunale, che conduca ad un altro risultato (DTF 101 IV 130). Egli può discostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Va tuttavia 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 che 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 giurisprudenza (RCC 1986, pag. 201 consid. 2a). Per ciò che concerne il valore probante di un rapporto medico è inoltre determinante il fatto che il rapporto sia completo nei punti litigiosi, si basi su uno studio esteso, prenda in considerazione anche le lamentele espresse, sia stato consegnato in piena conoscenza dell'incarto, sia chiaro nell'esposizione delle relazioni mediche e nella valutazione della situazione medica e le conclusioni dell'esperto siano motivate (RAMI 1991 pag. 311 consid. 1).

2.10. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscono di far proprie le conclusioni del SAM che si basano su un approfondito e completo esame di tutte le affezioni lamentate dall'assicurata. I periti sono del resto giunti ad una logica conclusione in merito all'incapacità lavorativa globale dell'assicurata, ritenuta nella misura del 100% dal 20 ottobre 2000. Nelle annotazioni 5 luglio 2002 il medico dell'amministrazione, dr. \_\_\_\_\_, ritiene che " la perizia SAM, con le conclusioni basate soprattutto sul consulto psichiatrico, non mostra elementi per inficiarla nell'insieme, mostra però importanti lacune di coerenza" (doc. \_). In particolare egli sottolinea come dalla perizia multidisciplinare non risulti da quando l'assicurata è portatrice delle affezioni psichiatriche riscontrate, se prima o dopo la domanda di revisione. Il sanitario dell'AI ha inoltre sostenuto che : " Si nota a proposito che sulla collaborazione della paziente tutti si esprimono in modo positivo, eccetto lo psichiatra che la definisce sufficiente. Dei disturbi di memoria, salvo nei dati soggettivi, non risulta alcuna descrizione. La lettura della perizia mostra un andamento nella raccolta delle informazioni senza lacune, non sono descritte difficoltà nel ricordare date o eventi. Anche per quanto riguarda le capacità cognitive non si nota traccia delle stesse." (Doc. \_ bis) Ora, per quanto riguarda la datazione dell'insorgenza della patologia psichiatrica invalidante, su richiesta del TCA, il SAM ha interpellato il dr. \_\_\_\_\_, il quale, mediante lettera 9 settembre 2002, ha precisato che " la perizianda è da ritenere incapace al lavoro nella misura del 70% a seguito della patologia psichiatrica a far data dal 21 ottobre 2000 (recte: 20 ottobre 2000)" (doc. \_,1). Riguardo ai disturbi di memoria, che il medico dell'UAI pare relativizzare, va unicamente sottolineato come tale deficit sia stato riscontrato non solo dallo psichiatra, ma anche dal neurologo. Infatti, nel consulto neurologico, il dr. \_\_\_\_\_ ha riscontrato delle lesioni cerebrovascolari sottocorticali che "possono ev. essere messe in relazione a difficoltà cognitive anche se mi è difficile quantificare la loro rilevanza effettiva in questo ambito: questi sintomi potrebbero essere dovuti ad una concomitante depressione ansiosa che verrà valutata in ambito psichiatrico " (cfr. rapporto 5 luglio 2002 pag. 2, in doc. \_, 2); gli fa eco il dr. \_\_\_\_\_ ( "Le funzioni cognitive appaiono globalmente compromesse in particolare per quanto riguarda la memoria recente, attenzione e concentrazione", cfr. rapporto 6 giugno 2002 pag. 4, doc. \_,3). Del resto, quanto sostenuto dal dr. \_\_\_\_\_, ossia che " la lettura della perizia mostra un andamento nella raccolta delle informazioni senza lacune, non sono descritte difficoltà nel ricordare date o eventi " (doc. \_), non vuol dire che l'assicurata non sia affetta da difficoltà cognitive. I periti hanno infatti ricostruito l'anamnesi in base agli atti medici presenti nell'inserto, per cui non si non avvalsi della collaborazione dell'assicurata. Infine, chiamato dallo scrivente Tribunale a precisare i motivi per cui la totale incapacità lavorativa è stata fatta risalire al 20 ottobre 2000, nonostante il riferimento all'attestazione 6 settembre 2001 del neurologo dr. \_\_\_\_\_, che aveva ritenuto la paziente dal punto di vista cardiaco e neurologico abile al 50%, con scritto 12 settembre 2002 il SAM ha precisato: " L'A., dopo il secondo TIA del 20.10.2000, ha subito lesioni cerebrali, con

disturbi gravi della memoria, della concentrazione e dell'attenzione tali da impedirle da questa data una ripresa lavorativa come infermiera". (Cfr. risposta a domanda no. 1, doc. \_). Quindi, il peggioramento dello stato di salute dell'assicurata, con conseguente modifica della capacità di guadagno, è da far risalire al 20 ottobre 2001. In conclusione, ritenendo la perizia multidisciplinare completa, dettagliata e approfondita, secondo il TCA, alla stessa deve essere attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.8) e non vi sono motivi per discostarsene (cfr. consid. 2.9). Pertanto, è da ritenere dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211) che le affezioni di cui \_\_\_\_\_ è affetta e per le quali è da ritenere che non sussistano realistiche possibilità di miglioramento, provocano, nell'attività di infermiera generica ed in qualsiasi altra professione un'incapacità al lavoro, rispettivamente al guadagno, nella misura del 70%. Considerato che l'aggravamento dell'incapacità al guadagno è subentrato al 20 ottobre 2000, dal 1° gennaio 2001 l'insorgente ha diritto ad un rendita intera d'invalidità (sino al 31 dicembre 2000 essa ha diritto ad una mezza rendita). Secondo l'art. 88a cpv. 2 OAI, la modifica dello stato invalidante giustificante un aumento della rendita ex art. 41 LAI deve durare almeno tre mesi senza interruzione notevole, mentre, secondo la giurisprudenza, la rendita più elevata è assegnata fin dal primo giorno del mese nel corso del quale ha termine il periodo di tre mesi (cfr. RCC 1980 pag. 479). Inoltre, l'art. 88 bis cpv. 1 lett. a OAI prevede che nel caso in cui l'assicurato ha chiesto la revisione (cfr. DTF 109 V 111 consid. 1b), l'aumento della rendita avviene, al più presto, dal mese in cui la domanda di revisione è stata presentata. Dal momento che l'assicurata, per il tramite del suo medico curante, ha inoltrato la domanda di revisione il 15 gennaio 2001 (doc. AI \_), è dunque corretto far decorrere il diritto alla rendita, al più presto, dal 1° gennaio 2001, come prescritto dall'art. 88 bis cpv. 1 lett. a OAI. Ne consegue che la decisione contestata deve essere annullata ed il ricorso va accolto. L'assicurata, patrocinata da un avvocato, ha dunque diritto a delle ripetibili (art. 85 cpv. 1 lett. f LAVS, applicabile alla LAI per via del rinvio di cui all'art. 69 LAI).

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