

## **TI\_GERICHTE 32.2001.22 vom 20. September 2001**

TI Tribunale d'appello, 2001-09-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2001.22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.22)

FR: TI\_GERICHTE 32.2001.22 du 20 septembre 2001

IT: TI\_GERICHTE 32.2001.22 del 20 settembre 2001

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Volltext**

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.09.2001 32.2001.22 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.09.2001 32.2001.22 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 20.09.2001 32.2001.22

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 32.2001.00022 BS /sc Lugano 20 settembre 2001 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 15 marzo 2001 di \_\_\_\_\_, rappr. da: avv. \_\_\_\_\_, contro le decisioni del 13 febbraio 2001 emanate da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle, in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. Il 6 maggio 1998 \_\_\_\_\_, di professione aiuto infermiera, ha subito una paralisi facciale. Il medico curante, Dr. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, ha infatti riscontrato "dei dolori intesi nella regione peri- e retroauricolare a sinistra, seguiti da diminuzione del gusto sulla parte sinistra della lingua e paresi facciale periferica importante, con impossibilità di muovere il sopracciglio, chiudere l'occhio e aprire la commisura labiale sinistra" (cfr. rapporto 22 maggio 1998 in atti AI). Visto che lo stato di salute non è migliorato, in data 11 novembre 1999 l'assicurata ha presentato all'Ufficio assicurazione invalidità (UAI) una richiesta di prestazioni AI per adulti. Con certificati 22 novembre 1999 il dr. \_\_\_\_\_ Wulliman ha diagnosticato "uno status dopo paralisi emifacciale sinistra, con conseguente sindrome dolorosa cronica emifocalizzata sinistra, intercorrente, di difficile risposta e terapia" e in data 29 novembre 1999 il medico curante, dr. \_\_\_\_\_, ha accertato una nevralgia al nervo facciale sinistro. Entrambi i sanitari hanno certificato un'inabilità lavorativa del 100% (cfr. atti AI). Il 24 luglio 2000 l'assicurata ha cessato la propria attività lucrativa. 1.2. Al fine di accertare lo stato di salute dell'assicurata e di valutare l'eventuale incapacità lavorativa, l'UAI ha incaricato il Servizio di accertamento medico (SAM) di procedere ad una perizia pluridisciplinare il cui referto è stato redatto il 23 luglio 2000 (cfr. atti AI). Con proposta di decisione 15 agosto 2000, l'UAI ha deciso di erogare una mezza rendita dal 1° settembre 1999 in quanto: " (...) In concreto, l'istruttoria eseguita ha consentito di poter entrare in possesso del rapporto medico specialistico allestito dal Servizio di accertamento medico dell'AI. Questo referto indica che lo stato di salute le permetterebbe ancora, nonostante tutto, di esercitare la sua precedente attività ausiliaria di cura, come pure altre confacenti, in misura parziale del 50%, ossia al 100% sull'arco limitato a mezza giornata. Questa situazione determina dunque un grado di invalidità del 50% a contare dal settembre 1999, ovvero sia trascorso u anno

ininterrotto di attesa in incapacità lavorativa e lucrativa (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI)."  
L'assicurata per il tramite della \_\_\_\_\_, allegando il rapporto 12 ottobre 2000 del dr. \_\_\_\_\_, ha contestato la valutazione fatta dall'amministrazione, ritenendo dati gli estremi per riconoscere una rendita intera. Dopo aver in data 9 novembre 2000 comunicato all'assicurata che le motivazioni del medico curante non sono state ritenute sufficienti per modificare il progetto di decisione, con due pronunzie del 13 febbraio 2001 l'UAI ha riconosciuto a \_\_\_\_\_ una mezza rendita AI a decorrere dal 1° settembre 1999 e due rendite complete per figli, di cui una limitata al 30 giugno 2000. 1.3. Contro le decisioni è tempestivamente insorta \_\_\_\_\_, per il tramite del suo legale, postulando l'erezione di una perizia e l'erogazione di una rendita intera. Sostanzialmente l'assicurata contesta le valutazioni dei periti in merito alla patologia neurologica. La ricorrente rimprovera inoltre al SAM di non aver considerato la sintomatologia descritta dai medici curanti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ che " (...) rende dunque di fatto impossibile la ripresa di un'attività lavorativa, anche se solo a tempo parziale. Proprio la manifestazione spontanea ed incontrollata dei dolori summenzionati, obbligherebbe la ricorrente ad abbandonare il lavoro nei momenti più improbabili. Essa, indipendentemente dalla sua volontà e dalla sua passione per l'attività esercitata, non può quindi più garantire la necessaria affidabilità e presenza sul posto di lavoro, ciò che di fatto la rende inabile al lavoro al 100%. (...)" (ricorso pag. 6) Facendo riferimento al rapporto 12 ottobre 2000 del dr. \_\_\_\_\_, l'assicurata ha poi rilevato: " (...) In tale rapporto egli ha pure messo in evidenza alcune incongruenze del rapporto del SAM ed in particolare del rapporto del dott. \_\_\_\_\_, il quale ha qualificato lo stato della ricorrente come algia facciale sinistra di tipo neurovascolare ed ha escluso che i dolori siano di tipo nevralgico. Il dott. \_\_\_\_\_ aveva consigliato una terapia di betabloccanti o Isoptin ed aveva concluso, osservando che con una terapia adeguata la situazione sarebbe potuta migliorare. Dal rapporto 12 ottobre 2000 del dott. \_\_\_\_\_ emerge che sulla base di quanto consigliato dal dott. \_\_\_\_\_ la ricorrente ha effettivamente seguito una terapia di Isoptin che non ha dato però alcun miglioramento. Il dott. \_\_\_\_\_ ha dunque potuto constatare che con ogni probabilità l'algia riscontrata non è di tipo nevralgico come detto dal dott. \_\_\_\_\_. Egli ha inoltre constatato che la paziente soffre ancora di uno stato depressivo non indifferente. (...)" (Doc. \_\_, pag. 7) 1.4. Mediante risposta 5 giugno 2001 l'amministrazione ha chiesto che il ricorso venga respinto. Innanzitutto essa ha ricordato i dettami giurisprudenziali in merito alla forza probatoria delle perizie amministrative per rilevare che l'atto peritale del SAM, seppur ordinato dall'UAI, è da considerare come neutro e imparziale. Quanto alla problematica sollevata, l'amministrazione ha rimarcato che: " (...) Il problema in concreto è quello di valutare il grado di incapacità lavorativa che implica un danno alla salute come quello del quale soffre l'assicurata. Trattasi infatti di una problematica che si manifesta in modo discontinuo, ragione per la quale non è possibile prevedere in quale momento l'interessata non sarà in grado di lavorare. Da sottolineare però che se è ammissibile che nel corso di una crisi acuta l'assicurata non sia in grado di sostenere un'attività lavorativa, per il resto del tempo la stessa è pienamente abile. A giusta ragione il dottor \_\_\_\_\_ ritiene quindi che un'incapacità completa sarebbe eccessiva. Considerata la natura della problematica una soluzione sicuramente proponibile sarebbe quella di calcolare una presenza sul lavoro a tempo pieno, ma con rendimento ridotto alla metà. D'altro canto il dottor \_\_\_\_\_ ha altresì evidenziato una tendenza alla cronicizzazione dei dolori, rilevando come "un sentimento di invalidità e l'impossibilità di riprendere le sue attività precedenti, è ormai inculcato nella paziente". Considerare l'assicurata totalmente inabile

risulterebbe addirittura controproducente, in quanto tale tendenza verrebbe inevitabilmente aggravata. La ricorrente sottolinea infine come i problemi fisici si riflettano anche a livello psichico. Nel proprio rapporto 12 ottobre 2000 (cf. allegato ricorsuale, doc. \_) il dottor \_\_\_\_\_ evidenzia infatti la presenza di uno "stato depressivo non indifferente". Al proposito si osserva che l'esistenza di disagi a livello psicologico era già stata rilevata in precedenza; è per tale motivo che l'assicurata è altresì stata sottoposta ad un'analisi psichiatra, dalla quale è però emerso che se la stessa presenta un leggero stato ansioso-depressivo, tuttavia tali disturbi non sono gravi al punto da implicare un'incapacità lavorativa." (Doc. \_) 1.5. Con scritto 18 giugno 2001 la ricorrente ha confermato i mezzi di prova offerti nel ricorso, ribadendo la richiesta di eseguire una perizia medica neutra. in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 26 ottobre 1999 nella causa D.C., I 623/98; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa G.H., H 304/99). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è l'assegnazione a \_\_\_\_\_ di una rendita intera d'invalidità. Mediante la decisione contestata l'amministrazione ha riconosciuto una mezza rendita essendo l'incapacità lavorativa del 50% unicamente riconducibile all'affezione neurologica. L'insorgente contesta le conclusioni del SAM poiché le affezioni di cui è portatrice rendono impossibile una ripresa lavorativa e postula il riconoscimento di una rendita intera. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI 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. Affinché il caso possa essere sottoposto all'AI, occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno (G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. 2.3. Va altresì rilevato che, secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI 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. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, pagg. 200 e ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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 (art. 28 cpv. 2 LAI). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori

estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, op. cit, pag. 232; D. Cattaneo, Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

2.4. Come è già stato rilevato in numerose sentenze la valutazione dell'invalidità non va stabilita unicamente in base a fattori medico-teorici (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b; STFA inedita 23.3.92 in causa F.A., consid. 4; DTF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 seg.), bensì rilevanti sono gli effetti del danno alla salute sulla capacità di guadagno (RAMI 1996 p. 34, p. 36 consid. 3b). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (SVR 1996 IV Nr. 74 p. 214 consid. 2d; DTF 114 V 314 consid. 3a, DTF 105 V 158 consid. 1; RCC 1982 pag. 35 consid. 1). Non spetta invece al medico graduare l'invalidità dell'assicurato. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute e nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro (RCC 1991, pag. 331 consid. 1c). Il medico non possiede invece né la preparazione né gli strumenti per pronunciarsi sulla capacità di guadagno. Questo giudizio spetta all'amministrazione, rispettivamente al giudice, e dev'essere formulato sulla base del raffronto dei redditi (RCC 1986, pag. 432). I documenti medici sono comunque sempre di rilievo quando permettono di dedurre le conseguenze economiche delle affezioni accertate (STFA non pubbl. del 2 luglio 1996 in re M. N p. 4 consid. 2; DTF 114 V 314 consid. 3c). Di conseguenza, il fatto che un assicurato sia, da un profilo medico, incapace al lavoro ad un determinato grado, non significa ancora ch'egli debba necessariamente beneficiare del riconoscimento dello stesso grado d'invalidità da parte della Commissione AI. L'incapacità di guadagno (sulla quale si fonda il concetto d'invalidità ai sensi dell'art. 4 LAI) si distingue dall'incapacità di lavoro per il fatto che essa considera quale guadagno può e deve ancora essere realizzato dall'interessato, utilizzando la sua capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato. L'incapacità di lavoro, invece, è l'impossibilità fisica di muoversi o di fare uno sforzo, come pure l'impossibilità psichica di agire con metodo. Essa viene valutata nella propria professione rispettivamente in altri lavori e attività (G. Scartazzini, op.cit, pag. 228). La LAI tutela dunque non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa, ma l'incapacità al guadagno. Di regola, l'invalidità economica appare inferiore all'inabilità medica. In taluni casi particolari, per contro, si deve ammettere che l'incapacità al guadagno sia superiore al mero grado d'incapacità lavorativa sotto il profilo medico (cfr. ad es. B. Schatz, Kommentar zur eidg. Militärversicherung, Zurigo 1952, pagg. 140 e 141). Quindi, il grado d'invalidità di un assicurato non può essere fondato sulla mera valutazione medica, bensì deve corrispondere al grado della sua incapacità al guadagno, tenuto conto di ogni attività che da lui ragionevolmente si può richiedere e delle possibilità di lavoro a lui aperte (cfr. SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b; RCC 1962, pag. 126).

2.5. Nell'evenienza concreta, dal referto 2 agosto 2000 risulta che i periti del SAM hanno proceduto ad una dettagliata anamnesi, ad uno studio degli atti medici messi a disposizione dell'UAI, a degli esami

clinici ed, infine, a dei consulti da parte di specialisti in psichiatria, neurologia e otorinolaringoiatria (ORL). Essi hanno poi posto la seguente diagnosi (con influsso sulla capacità lavorativa): " Algie neurovascolari dell'emifaccia sin. In esiti di paresi facciale periferica sin.(maggio 1998). Ipoacusia percettiva pantonale attorno ai 60DB all'orecchio sin. in stato dopo paresi facciale di tipo periferico sin. parainfettiva." In merito alla capacità lavorativa, differenziata con riferimento alle diverse affezioni, i periti hanno rilevato quanto segue: " (...) Il nostro consulente neurologo dr. \_\_\_\_\_, considera che i disturbi lamentati dall'A. sono riferibili ad algie neurovascolari quale esito di una paresi facciale periferica sin. apparsa nel maggio 1998. In diagnosi differenziali evoca pure la possibilità di un'emicrania parossistica cronica. La sua valutazione esclude pertanto un dolore di tipo nevralgico e quindi consiglia un trattamento specifico con betabloccanti o calcio - antagonisti, associando per le crisi dei Triptani (per esempio: Imigran spray). Attualmente, in considerazione dei disturbi algici presenti, valuta un grado di incapacità lavorativa al massimo nella misura del 50% con tuttavia possibilità di miglioramento in futuro, per cui, nei prossimi anni ritiene indicata una revisione della situazione. L'attuale esame peritale non ha evidenziato la presenza di psicopatologie maggiori tali da limitare il grado di capacità lavorativa. Il nostro consulente psichiatra dr. \_\_\_\_\_, descrive un'evoluzione favorevole della reazione depressiva nel marzo 1999. Siamo convinti che quest'A. possa riprendere l'attività lavorativa svolta in precedenza, tenendo conto delle limitazioni neurologiche sopradescritte, ciò che l'aiuterà e reintegrarsi sul piano psicosociale. L'A. è pure stata l'oggetto di un esame audiologico da parte del dr. \_\_\_\_\_, nostro consulente \_\_\_\_\_ (vedasi E.3).Attualmente possiamo confermare la presenza di una partecipazione del nervo uditivo sin. negli esiti della nota paresi facciale periferica sin. Confermiamo pertanto la presenza di un'ipoacusia percettiva cantonale attorno ai 60 dB all'orecchio sin., patologia che tuttavia non limita sul piano professionale l'A. (...)" (perizia pag. 8-9) Di conseguenza, per quel che concerne il grado della capacità nell'attività lavorativa svolta prima del danno alla salute, sugli sviluppi della stessa, i periti hanno osservato che: " (...) 5. Grado di capacità di lavoro, in percentuale, nell'esercizio dell'attività lavorativa o dell'attività abituale (p.es. casalinga) svolta - Quando la capacità di lavoro ha subito una riduzione pari almeno al 25 per cento? - Quali sviluppi ha subito da allora la capacità di lavoro? - quali ulteriori sviluppi ci si deve probabilmente attendere? Dagli atti in nostro possesso sappiamo che l'A. ha potuto lavorare senza prolungate interruzioni sino al 6.5.1998. A partire da questa data l'A. ha presentato dapprima una totale incapacità lavorativa della durata tuttavia di poche settimane, con in seguito ripresa dell'attività lavorativa nella misura completa, sino al 30.10.1998 data a partire dalla quale è dichiarata totalmente inabile al lavoro dal medico curante (vedasi atto del 19.11.1999). Da allora il grado di capacità lavorativa non ha presentato miglioramenti in quanto, sempre dagli atti in nostro possesso, vi è stata l'apparizione di una reazione depressiva a partire da marzo 1999. Sulla base delle patologie riscontrate in occasione della perizia SAM, sappiamo che l'evoluzione della reazione depressiva, è stata in sé favorevole (attualmente l'A. non presenta segni riferibili a questa patologia), mentre sono persistite le algie all'emifaccia sin. Su un piano medico ■ teorico possiamo pertanto ammettere che, a partire da inizio luglio 1999, il grado di capacità lavorativa avrebbe potuto raggiungere almeno la misura del 50%. Da allora non vi sono più stati sensibili cambiamenti, riteniamo che in futuro, introducendo un trattamento meglio adeguato alla patologia algica descritta, si possa ottenere un ulteriore miglioramento del grado di capacità lavorativa. Attualmente risulta impossibile quantificarne il grado, per cui, su consiglio del nostro consulente neurologo,

riteniamo indicata una rivalutazione nel corso dei prossimi anni. (...)" (perizia pag. 9-10) Infine, riguardo alla possibilità di migliorare la capacità di lavoro, nella perizia si legge: "(...) 6. Possibilità di migliorare la capacità di lavoro: Come detto sopra, un trattamento maggiormente indirizzato all'aspetto neurovascolare dei disturbi dell'A., potrebbe in futuro migliorare l'intensità e la frequenza dei dolori, così da permettere un miglioramento del grado di capacità lavorativa attualmente non quantificabile. Misure d'ordine professionale non entrano in discussione, in quanto la professione precedentemente svolta dall'A., è sicuramente esigibile anche se attualmente solo nella misura del 50% (mezza giornata lavorativa oppure la metà dei servizi notturni prestati in precedenza). (...)" (perizia pag. 10)

2.6. 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). 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); U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230).

2.7. Ritornando al caso in esame, la ricorrente contesta la valutazione neurologica dell'incapacità al lavoro del dr. \_\_\_\_\_ per conto del SAM. In particolare evidenzia come nel rapporto 22 novembre 1999, redatto in relazione alla domanda AI, il dr. \_\_\_\_\_ abbia attestato un'incapacità lavorativa al 100%. Inoltre essa ha anche fatto riferimento ai singoli resoconti del trattamento neurologico inviati dal dr. \_\_\_\_\_ al medico curante dr. \_\_\_\_\_ (cfr. atti AI). Nel dettagliato rapporto 12 ottobre 2000, steso dopo la perizia del SAM e dopo che l'assicurata ha assunto i medicinali proposti dal dr. \_\_\_\_\_ (terapia di betabloccanti o Isoptin), il

neurologo ha comunque constatato: " (...) Sulla base della descrizione odierna si deve quindi concludere che la paziente presenta un'algia emifacciale sinistra; una componente nevralgica non sembra essere per il momento in primo piano, come già osservato dal dr. \_\_\_\_\_ si poteva pensare ad un'algia di tipo neurovascolare, d'altra parte la sintomatologia attualmente riportata è molto variabile e sembra durare anche di medesima intensità per diverse ore, il che va contro un'algia di questo tipo, in particolare contro un'eritroprosopalgia o ancora contro un'emigrania parossistica cronica. L'assenza di miglioramento con una terapia di Isoptin ad un dosaggio fino a 240 mg depone pure contro la presenza di questa patologia. Dal punto di vista terapeutico un'algia facciale rimane comunque di difficile trattamento: considerando anche lo stato depressivo non indifferente sarebbe preferibile, proporre un antidepressivo anche per il suo effetto antalgico centrale, in genere dell'arnitriptilina per altro già provata dalla paziente in passato e poi abbandonata. E' a mio avviso importante mantenere dei controlli regolari anche settimanali per essere sicuri dell'assunzione della terapia rispettivamente per un suo eventuale adattamento. Si dovrebbe proporre per esempio del Saroten 25 mg a presa serale da aumentare poi secondo l'evoluzione. La paziente è stata ampiamente informata che qualsiasi medicazione può portare soprattutto all'inizio della terapia ad effetti secondari che in genere comunque diminuiscono." (Doc. \_\_, pag. 2) Il dr. \_\_\_\_\_ ha dunque potuto accertare che benché l'assicurata avesse effettivamente ricevuto una terapia di Isoptin, lo stato di salute della stessa non è migliorato. In effetti, egli ha infatti rilevato che: " la paziente conferma di presentare una sintomatologia dolorosa costante giornaliera a livello dell'orecchio sinistro, con momenti più o meno intensi che durano un minuto oppure diverse ore con medesima intensità, sempre allo stesso livello rispettivamente irradianti fin sotto l'occhio come una sensazione di pugno allo zigomo o a volte sopra l'occhio. Il dolore è in genere pulsante e dura per ore, anche tutta la giornata o tutta una notte o un pomeriggio, tanto da dover ricorrere a del ghiaccio o a del Tramal. " (cfr rapporto 12 ottobre 2000 pag. 1). Ora, il curante concorda con lo specialista interpellato dal SAM nell'escludere un dolore con componente nevralgica ("una componente nevralgica non sembra essere per il momento in primo piano, come già osservato del dr. \_\_\_\_\_, si poteva pensare ad un'algia di tipo neurovascolare (...)") riscontrando tuttavia che "la sintomatologia attuale riportata è molto variabile e sempre durare anche di medesima intensità per diverse ore, il che va contro un'algia di questo tipo, in particolare contro un'eritroprosopalgia o ancora contro un'emigrania parossistica cronica. L'assenza di miglioramento con una terapia di Isoptin ad un dosaggio fino a 240 mg depone pure contro la presenza di questa patologia " (sottolineature del redattore) (cfr. rapporto 12 ottobre 2000 pag. 2). L'attuale valutazione fatta del dr. \_\_\_\_\_ diverge dunque da quella del dr. \_\_\_\_\_, il quale ha appunto sostenuto un'algia di tipo neurovascolare che "in parte ricordano una eritroprosopalgia, nella DD un'emigrania parossistica cronica (forma particolare di cefalee a durata relativamente corta che appaiono ad orari precisi, di giorno e di notte, piuttosto periorbitali unilaterali, associati a lacrimazione dell'occhio, senza particolare nausea, colpiscono soprattutto il sesso femminile" (sottolineatura del redattore) (cfr. rapporto 19 luglio 2000 del dr. \_\_\_\_\_ agli atti AI). Anche se nel rapporto in questione il dr. \_\_\_\_\_ non ha fatto alcuna valutazione sull'incapacità lavorativa, quest'ultimo sviluppo della malattia (cefalee di lunga durata) e l'assenza di un miglioramento nonostante la terapia suggerita merita di essere indagato. Infatti, se con delle cefalee di breve durata il dr. \_\_\_\_\_ ha valutato un'incapacità lavorativa del 50% ( anche se " per non farle [all'assicurata, ndr] torto" ), la presenza spontanea, incontrollata e duratura dei descritti dolori potrebbero

ulteriormente compromettere l'effettiva esigibilità dell'attività di aiuto infermiera esercitata dall'assicurata, professione che necessita di una particolare dose di affidabilità e precisione. Infine, il Dr. \_\_\_\_\_ ha osservato “ uno stato depressivo secondario, probabilmente non solo per i disturbi fisici ma anche per la problematica familiare, gioca sicuramente un ruolo non indifferente nella cronicizzazione dei dolori. “ , mentre il dr. \_\_\_\_\_ ha riscontrato “uno stato depressivo non indifferente” . Alla componente psichica non può comunque essere attribuito carattere invalidante. Infatti, nell'ambito della perizia SAM, lo psichiatra e psicoterapeuta dr. \_\_\_\_\_ ha accertato un leggero stato ansioso-depressivo, ma senza riscontri sulla capacità lavorativa, valutata al 100% (cfr. rapporto 23 luglio 2000 negli atti amministrativi). Parimenti non invalidante risulta essere l'ipoacusia percettiva cantonale attorno ai 60dB all'orecchio sinistro (cfr. rapporto 18 luglio 2000 del dr \_\_\_\_\_, otorinolaringoiatra). In conclusione, l'incarto deve essere rinviato all'amministrazione affinché accerti in che misura il descritto peggioramento dello stato di salute intervenuto prima dell'emissione della decisione impugnata influisca sulla capacità lavorativa dell'assicurata, per poi determinare il grado d'invalidità. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso è accolto ai sensi dei considerandi. § Le decisioni 13 febbraio 2001 sono annullate. §§ Gli atti sono rinviati all'UAI affinché esperisca gli accertamenti indicati al considerando 2.7 e in base alle nuove risultanze renda una nuova decisione. 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. L'UAI verserà all'assicurata fr. 1'000.-- a titolo di ripetibili. 3.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 4.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente  
segretario Raffaele Guffi

Il

Fabio Zocchetti