

TI_GERICHTE 32.2005.95 vom 21. Februar 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-02-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.95

FR: TI_GERICHTE 32.2005.95 du 21 février 2006

IT: TI_GERICHTE 32.2005.95 del 21 febbraio 2006

Regeste

Richiesta di rendita di invalidità. Apprezzamento prove. Necessità di ulteriori accertamenti. Rinvio all'amministrazione. Indennità per ripetibili a persona qualificata.

Erwägungen

E. 18

febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è il diritto di RI 1 ad una rendita d'invalidità. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), la quale ha portato alcune modifiche legislative anche in ambito AI. Per quel che concerne l'applicazione intertemporale delle disposizioni materiali della LPGA, l'art. 82 cpv. 1 LPGA statuisce che le disposizioni materiali della citata legge non sono applicabili alle prestazioni correnti ed alle esigenze fissate prima della sua entrata in vigore. In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 329 ss, avente ad oggetto l'erogazione d'interessi di mora, il TFA, dopo avere dichiarato la citata norma (art. 82 cpv. 1 LPGA) incompleta nonché frammentaria ed aver precisato che con "prestazioni" s'intende quelle che hanno fatto oggetto di decisioni cresciute in giudicato e non quelle prestazioni sulle quali non è stato ancora statuito definitivamente, ha stabilito che non si può dedurre e contrario dell'art. 82 cpv. 1 LPGA che il momento della decisione sarebbe determinante per l'applicabilità delle disposizioni materiali della nuova legge in relazione a prestazioni che non sono ancora state fissate alla sua entrata in vigore (1° gennaio 2003) e che, eccezion fatta per le fattispecie specifiche contemplate dalla menzionata disposizione transitoria, per il resto occorre riferirsi ai principi generali sviluppati in materia di diritto intertemporale che dichiarano applicabile, in caso di modifica delle basi legali, l'ordinamento in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che dev'essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 332 consid. 2.2 e 333 consid. 2.3). In effetti, secondo costante giurisprudenza, dal profilo temporale determinanti sono di principio le norme materiale in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) ed il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b). In un'altra recente sentenza del 5 luglio 2004, pubblicata in DTF 130 V 445 e concernente una rendita dell'assicurazione per l'invalidità, l'Alta Corte federale ha confermato il succitato principio

stabilito in DTF 130 V 329, estendendolo anche a prestazioni assicurative durevoli. Infatti, nell'ambito dell'esame di un'eventuale insorgenza di un diritto alla rendita prima dell'entrata in vigore della LPGGA, occorre fare riferimento ai principi generali sviluppati in materia di diritto intertemporale che dichiarano, appunto, applicabile l'ordinamento in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante. Ne consegue dunque, continua il TFA, che per il periodo fino al 31 dicembre 2002, l'esame del diritto alla rendita avviene sulla base del vecchio ordinamento, mentre a partire da tale data esso avviene secondo le nuove norme di legge (DTF 130 V 446 consid. 1.2.2). Va tuttavia precisato che l'introduzione della LPGGA non ha portato alcuna modifica sostanziale per quel che concerne, in ambito dell'assicurazione per l'invalidità, i concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione (della rendita d'invalidità e di altre prestazioni durevoli), motivo per cui le succitate nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni durevoli riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, le disposizioni di legge applicabili al caso di specie verranno riferite ad entrambi gli ordinamenti in vigore prima e dopo il 1° gennaio 2003 (cfr. DTF 130 V 446 consid. 1.2.2), ritenuto comunque che – come detto - la nuova normativa non ha apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai succitati concetti dell'AI. Dal 1° gennaio 2004 sono inoltre in vigore le norme introdotte dalla 4a revisione della LAI. 2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 8 della LPGGA (che ha sostituito l'art. 4 cpv. 1 vLAI), con invalidità s'intende 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*, tesi Ginevra 1991, pag. 216ss). Va precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, 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%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Va pure rilevato che, ai sensi dell'art. 16 LPGGA (cfr. art. 28 cpv. 2 vLAI) il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 pag. 182 consid. 3, 1990, pag. 543 consid. 2; 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). 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; Scartazzini, op. cit, pag. 232; 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). Al proposito va precisato che, secondo una sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto ad una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr. anche STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01).

2.4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo

accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza del 12 marzo 2004 nella causa N. (I 683/03), pubblicata in DTF 130 V 352, l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza del 23 aprile 2004 nella causa N. (I 404/03), nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv.1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei

criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." (cfr. al riguardo D. Cattaneo, Assicurazioni sociali: alcuni temi di attualità, in RTiD I 2004, pag. 215 seg. (228-229) in particolare nota 29) Con sentenza del 28 maggio 2004 nella causa B. (I 702/03), il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." 2.5. Nella fattispecie, dopo che, così richiesto, il suo medico curante, dr. _____, generalista, a due riprese, ha attestato una totale incapacità lavorativa dell'assicurata dal 9 novembre 2001 ponendo la diagnosi di "Sindrome ansioso-depressiva ricorrente con episodi acuti gravi accompagnati da sindrome fibromialgica" dal 1995 (doc. AI 17 e 9), l'UAI ha ordinato l'allestimento di una perizia psichiatrica al dr. _____, FMH in Psichiatria e Psicoterapia (doc. AI 20). Nella sua perizia del 24 giugno 2003 il Dr. _____ ha riferito le seguenti constatazioni obiettive: " (...) Status psichico : la perizianda si presenta sufficientemente curata nella pulizia della propria persona e nell'abbigliamento. L'impressione plastica è di un soggetto che dimostra la sua reale età, sofferente di grado medio, di facile contatto verbale e affettivo, a tratti col sorriso, corretto e rispettoso nei confronti dell'interlocutore. L'espressione del volto denota unicamente una certa preoccupazione. La mimica è rallentata e povera di variazioni di grado lieve. Il colloquio è accettato dalla perizianda con una buona cooperatività; la padronanza della lingua italiana è discreta, struttura psicointellettuale semplice ma vivace. La voce è sufficientemente modulata. La valutazione qualitativa mette in luce la presenza d'idee d'insufficienza-incapacità e una polarizzazione ideoaffettiva nei confronti dei suoi sintomi algici. Non vi sono deliri. Nulla a carico della sfera della percezione psicosensoriale. Il tono dell'umore è tendente verso il polo negativo; la perizianda solo se stimolata e a fatica, riesce a proporsi un futuro. L'istinto vitale è conservato. Le manifestazioni d'ansia sono riferite, con sintomi, al livello psichico, comportamentale e fisico (somatizzazioni); usa meccanismi conversivi. Nulla a carico dell'orientamento. La memoria di rievocazione presenta qualche lacuna (soprattutto per le date) mentre quella di fissazione appare intatta. L'attenzione sia quella spontanea che quella volontaria non risulta essere compromessa in maniera clinicamente significativa. Compromissione della sfera volitiva nel senso della diminuzione delle forze vitali. La coscienza di malattia è presente, vengono obiettivati pensieri invalidanti. Si esclude, da ultimo, prendendo in considerazione tutti i fatti da me obiettivati durante l'esame una

qualsiasi simulazione. (...)" (doc. AI 21) Lo specialista ha quindi posto le seguenti diagnosi: " (...) L'insieme delle notizie, delle osservazioni e delle constatazioni obiettive raccolte durante la visita ambulatoriale e più sopra dettagliatamente esposte, mi permette di porre, secondo scienza e coscienza, il seguente giudizio psichiatrico-diagnostico: ♦ Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10:F41.2) di gravità media. ♦ Sindrome da dolore somatoforme/Fibromialgia (ICD-10:F45.4) (...)" osservando inoltre che: " (...) Da un punto di vista psichiatrico l'attuale capacità lavorativa della perizianda, a mio giudizio, è valutabile al 50%. La prognosi, data le diagnosi, è piuttosto sfavorevole e sarà determinata dal tempo. (...) I disturbi psichici della perizianda, più sopra elencati, compromettono nella misura del 50% la sua capacità in qualsivoglia attività. (...)" (doc. AI 21) In seguito l'UAI ha ordinato una perizia reumatologica a cura del dr. _____, FMH in Medicina interna/Malattie Reumatiche (doc. AI 24). Nel suo referto del 6 ottobre 2003 il dr. _____, posta la diagnosi di "(...) Sindrome somatoforme del dolore cronico su grave stato ansio-depressivo (...)", ha in particolare rilevato che: " (...) Come è già stato più volte descritto nei rapporti psichiatrici, posso solo confermare la presenza di una sindrome algica diffusa di carattere chiaramente somatoforme, la quale non può sufficientemente venire spiegata con i reperti osteo-articolari da me rilevati. Sotto l'aspetto reumatologico vi è perciò da sottolineare la presenza di una forte discrepanza tra i dolori soggettivamente da lei riferiti ed i reperti oggettivi. Per questo motivo sotto l'aspetto puramente reumatologico è possibile attestare una lieve incapacità lavorativa, valutabile attorno al 25%, nell'esecuzione di lavori fisicamente medio-pesanti, come quello da lei precedentemente svolto quale donna delle pulizie. Vista l'ormai subentrata importante cronicizzazione dei dolori, nonché la concomitante patologia psichiatrica, ritengo che la prognosi sia da considerare fortemente negativa, tanto che molto difficilmente l'assicurata potrà mai essere reinserita in ambito lavorativo (anche perché non ha alcun titolo di studio e non potrà perciò mai svolgere alcuna attività qualificata). Anche quale casalinga è possibile attestare una lieve incapacità lavorativa di circa il 25%. (...) Ricordo che la signora RI 1 non lavora ormai più dal dicembre 2000. Fin dal suo arrivo in Svizzera nel 1985 aveva lavorato quale donna delle pulizie. Come già affermato al punto A.5., sotto l'aspetto puramente ortopedico-reumatologico è possibile attestare solo una lieve limitazione della sua capacità lavorativa quale donna delle pulizie, limitazione valutabile attorno al 25%. La sua capacità lavorativa è invece maggiormente limitata sotto l'aspetto psichiatrico, come già attestato dal dr. _____. Sotto l'aspetto puramente teorico, valutando solo la patologia reumatologica, l'assicurata potrebbe svolgere il suo lavoro di donna delle pulizie a tempo pieno, evitando però lavori particolarmente pesanti, nonché lavori prolungati in posizioni inergonomiche. (...)" (doc. AI 27) In merito alla capacità lavorativa in altre attività il perito ha poi concluso che: " (...) In linea puramente teorica, considerato solo l'aspetto reumatologico, l'assicurata potrebbe svolgere qualsiasi attività medio-leggera senza particolari limitazioni della capacità lavorativa; si dovrebbe evidentemente trattare di lavori che non richiedano sforzi particolari per la colonna vertebrale, nonché movimenti ripetuti di flessione-estensione del tronco, o lavori prolungati in posizioni inergonomiche. L'assenza di una qualsiasi formazione professionale limita però fortemente l'eventuale reinserimento in ambito lavorativo, visto che l'assicurata potrebbe svolgere solo dei lavori non qualificati, i quali generalmente richiedono maggiori sforzi fisici. (...)" (doc. AI 27) Nella sua "Proposta medico", del 5 novembre 2003, il dr. _____ del SMR ha rilevato: " (...) Dopo le due perizie psi. e reuma. che reputo ambedue ben redatte sia nei contenuti clinici che nelle valutazioni dell'abilità lavorativa residua si giustifica una IL globale 50% non

migliorabile in attività adeguate e leggere specialmente per la componente psichiatrica che è la componente preponderante. Miglioramenti significativi futuri non sono da attendersi con prognosi anche lavorativa sfavorevole. (...)." (doc. AI 28) Con scritto pervenuto all'UAI il 23 gennaio 2004 (doc. AI 33), dopo aver rilevato che le due perizie non sono sufficientemente affidabili in quanto sarebbero basate soprattutto sull'anamnesi e le constatazioni obiettive sarebbero scarse, l'UFAS ha osservato che: " (...) Nella fattispecie il SMR avrebbe dovuto meglio interpretare la documentazione medica versata agli atti e non limitarsi unicamente a riprendere quanto detto nelle conclusioni della perizia psichiatrica. In concreto il nostro servizio medico ritiene che un'incapacità lavorativa del 50% non sia giustificata. Si osserva infine che il grado di invalidità del 50% non è il risultato di un raffronto dei redditi, ma riprende unicamente la valutazione medico-teorica dell'incapacità lavorativa. (...)." (doc. AI 33) Viste le osservazioni dell'UFAS, come indicato dal dr. _____ (doc. AI 34), l'UAI ha proceduto ad una rivalutazione psichiatrica presso il SMR. Il medico SMR dr. _____, nel suo "Rapporto d'esame clinico-psichico" del 30 settembre 2004, riferisce il seguente status: " (...) All'appuntamento l'assicurata arriva accompagnata dal marito che però non assiste al colloquio. Si presenta con un aspetto sufficientemente curato come una persona di età corrispondente a quella anagrafica. Appare lucida ed orientata nei parametri spazio temporali e su di sé. La postura e la mimica tradiscono una certa inquietudine, fatto che traspare anche dal largo anticipo con cui giunge alla visita. L'atteggiamento è collaborante. Adeguato è il rapporto con l'interlocutore. La mimica è consona all'aspetto emotivo che risulta improntato ad uno stato di discreta tensione. L'eloquio è stimolato, a tratti rallentato, formalmente comprensibile e che denota una sufficiente padronanza della lingua italiana. Il contenuto del pensiero è focalizzato su tematiche di disagio somatico su cui si effonde ampiamente, con spunti a forte componente emotiva legati a sentimenti di incapacità e inguaribilità. Ella si vive come una persona sofferente, maggiormente sul piano fisico che non su quello fisico, tuttavia a tratti dà l'impressione non di simulare ma di drammatizzare l'effettiva portata dei dolori lamentati. I nessi associativi sono mantenuti e validi. Non si apprezzano turbe della sfera percettiva di tipo allucinatorio o ideazioni deliranti. Il tono dell'umore tende al polo negativo con un accento di pianto quando le si chiede di parlare dell'incidente di 12 anni fa, nel qual caso descrive con dovizia di particolari le scene, i ricordi intrusivi, i sogni e la tendenza ad evitare le situazioni che ricordano il trauma. L'istinto vitale appare sufficientemente mantenuto ma con una capacità volitiva ridotta, evidenziata da un deficit dell'iniziativa. L'attenzione e la concentrazione nel corso del colloquio sono state buone. Sufficientemente esercitata la capacità mnemonica. La personalità appare sufficientemente differenziata ma denota una certa timidezza con inibizione dell'aggressività. (...)." (doc. AI 37) Lo stesso sanitario, posta la diagnosi di: - Sindrome post-traumatica da stress (IVD 10 F43.1) - Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) ha poi espresso la seguente valutazione: " (...) Dalla comparazione tra quanto emerso nelle valutazioni peritali del Dr. _____ del 24.6.2003 e del Dr. _____ del 6.10.2003 con quanto evidenziato nel corso dell'attuale accertamento, emergono alcune considerazioni per le quali discordo dagli specialisti menzionati. Ci troviamo di fronte ad un'assicurata che fino al 1992 non aveva mai avuto antecedenti psichiatrici e che sul piano fisico lamentava dolori diffusi all'apparato locomotore senza che tuttavia ciò, pur interferendo con la sua qualità di vita, le abbia fino ad allora impedito di fornire adeguate prestazioni lavorative come donna di pulizia, attività svolta per varie strutture. In quell'anno ella è vittima di un grave incidente automobilistico in seguito al quale un giovane congiunto perde la vita ed il marito ed un

figlio subiscono fratture multiple. Pur essendone uscita illesa, l'unica a non aver subito alcun danno fisico, ne riporta un danno psichico rilevante in quanto sviluppa un tipico disturbo post-traumatico da stress, un quadro psicopatologico cioè in cui a distanza di qualche settimana dall'evento traumatizzante comincia a riviverlo sotto forma di ricordi angoscianti, con incubi ricorrenti, fantasie ad occhi aperti (in quest'ottica va forse letta la sensazione di avere accanto il parente morto), cerca di evitare le situazioni ad esso collegate e sviluppa una reazione ansioso-depressiva sia come risposta a situazioni che la riportano al vissuto traumatico, sia come espressione di un sentimento "di colpa" per essere "sopravvissuta" al trauma a differenza dei propri cari. Come prevedibile, grazie alle frequenti ospedalizzazioni degli anni scorsi la situazione è notevolmente migliorata, per stessa ammissione dell'assicurata, residuando una condizione depressiva ed ansiosa diagnosticata nell'ambito delle degenze e attualmente di grado moderato. Di concerto ha presentato una accentuazione della dolorabilità diffusa che dà ragione della seconda diagnosi: quella di sindrome somatoforme da dolore persistente. Sul piano fisico essa trova giustificazione con il fatto che la sintomatologia dolorosa non è modificata da fattori che solitamente ne alleviano l'intensità, come l'assunzione di farmaci analgesici o i trattamenti fisioterapici o semplicemente distraendo l'assicurata dalle proprie sensazioni di malessere, mentre sul piano psicologico è spiegabile con il fatto che inconsciamente l'assicurata ha potuto così progressivamente abbandonare l'impegno di riuscire a ricollocarsi nel mondo del lavoro attivo calandosi in un nuovo ruolo, quello di ammalata, grazie al quale può catalizzare attorno a se e nei propri confronti l'attenzione dei famigliari, dei medici e delle istituzioni sociali. E' caratteristico ad esempio che in situazioni di accadimento, come avvenuto nel corso delle numerose ospedalizzazioni, ella riferisca di essersi sentita bene e di non aver sofferto per i sintomi fisici. In entrambi i casi la capacità di continuare a fornire prestazioni professionali non appare completamente compromessa. Nel primo caso perché come accennato il disturbo è nel corso degli anni notevolmente migliorato; nel secondo caso perché impedendole di ricominciare a lavorare attribuendole una rendita si finirebbe per avvalorare ulteriormente la sua tendenza a ricercare sostegno ed attenzioni confermandola nel proprio ruolo di persona bisognosa di cure. Come causa inabilitante vedo solo quindi lo stato ansio-depressivo residuo che non essendo completamente regredito riveste ancora oggi valore di malattia ma in percentuale non superiore al 30%. Conseguenze sulla capacità lavorativa: Le menomazioni psicologiche obiettivate sono legate essenzialmente al disturbo ansioso-depressivo residuo alla condizione post-traumatica da stress, che appare in via di regressione. Esso tuttavia riveste ancora valore di malattia ma con un grado di inabilità lavorativa che non supera il 30% e questa limitazione esiste dal mese di novembre 2000, ossia da quando l'assicurata ha smesso la sua attività lavorativa. Da allora la limitazione della capacità di lavoro per motivi psichici non ha subito cambiamenti rilevanti. (...)" (doc. AI 37) Nella sua "Annotazione del medico" del 4 maggio 2005, il dr. _____ ha rilevato che: " (...) Ho rivalutato il dossier medico a disposizione e le osservazioni in fase di opposizione da parte del sig. RA 1 che reputo piuttosto leggere e del tutto non comprovanti alcuna motivazione plausibile di incoerenza medica da parte dello specialista psichiatra dr. _____. In definitiva personalmente sono dell'avviso che non vi sono i presupposti per discostarsi da quanto già precedentemente ritenuto corretto a livello medico teorico ribadisco l'IL 30% per ogni tipo di attività anche se dal punto di vista reumatologico esigibile. (...)" (doc. AI 43) 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 (Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 26 agosto 2004 nella causa C., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01, consid. 3.4 e STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01, consid. 2b). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa B., I 569/97, consid. 2b; STFA del 28 novembre 1996 nella causa F., U 113/96, consid. 2b; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo 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; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b/bb); STFA del 26 agosto 2004 nella causa C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01, consid. 3.4; DTF 125 V 353 consid. 3a/cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a/cc); Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht*, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il

giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Inoltre, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124).

2.7. Nel caso di specie, fondandosi sul "Rapporto medico" del 30 settembre 2004 del dr. _____, l'UAI ha negato all'assicurata il diritto ad una rendita AI. Sulla base delle risultanze mediche riprodotte al consid. 2.5 e alla luce della giurisprudenza federale in materia di valutazione probatoria di rapporti medici (cfr. consid. 2.6), il TCA non può condividere le conclusioni a cui è giunto l'UAI, né d'altronde ritiene di poter considerare concludenti ai fini del giudizio le valutazioni rese dal dr. _____. Infatti, nel suo "Rapporto medico" del 30 settembre 2004 il dr. _____ non motiva sufficientemente per quali ragioni la situazione dell'assicurata sarebbe notevolmente migliorata dopo le frequenti ospedalizzazioni. Lo stesso sanitario non adduce inoltre chiaramente i dati che lo portano a concludere per una incapacità lavorativa dell'assicurata non superiore al 30% e, soprattutto, egli nemmeno motiva per quale ragione fa risalire tale incapacità al mese di novembre 2000. Al riguardo va qui evidenziato che nel rapporto d'uscita (sesta ammissione) redatto il 3 aprile 2001 dallo psichiatra dr. _____, dell'_____ di _____, lo specialista, posta la diagnosi di "sindr. depressiva con somatizzazioni", ha dichiarato che "(...) alla dimissione le sue condizioni psicofisiche non erano soddisfacenti (...)" (doc. AI 9). Anche nel secondo rapporto d'uscita del 24 dicembre 2001 della clinica _____ è ancora riportata la diagnosi di "Sindrome mista ansioso-depressiva nel quadro di un disturbo fibromialgico (ICD- 10; F 41.2)" (doc. AI 9). Inoltre, il Dr. _____, medico curante dell'assicurata, nel suo rapporto del 26 aprile 2002, posta la diagnosi di "Sindrome ansioso-depressiva ricorrente con episodi acuti gravi accompagnati da sindrome fibromialgica" ha attestato un'incapacità lavorativa al 100% dal 9 novembre 2001 (doc. AI 9). Lo stesso medico si è confermato in un ulteriore rapporto del 31 gennaio 2003 nel quale ha in particolare segnalato che lo stato di salute dell'assicurata è stazionario (doc. AI 17). Ora, visto che le risultanze mediche appena esposte si riferiscono tutte ad un periodo posteriore rispetto a quello in cui l'amministrazione fa risalire l'asserita

incapacità del 30% (ossia il mese di novembre 2000), il dr. _____ avrebbe dovuto spiegare in modo esaustivo e preciso perché è giunto alla conclusione sopra ricordata. Questo vale a maggiore ragione visto che lo stesso medico, nel suo rapporto del 30 settembre 2004, riporta che l'assicurata ha affermato che alcuni degli aspetti più disturbanti: "(...) sarebbero attualmente notevolmente scemati di intensità (...)." (doc. AI 37 la sottolineatura è del redattore). Come visto sopra (cfr. consid. 2.4), per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società. Ora, il dr. _____, nella sua perizia del 24 giugno 2003, non evidenzia per quali precisi motivi, oggettivamente riscontrati, ha potuto concludere che, da un punto di vista psichiatrico, la capacità lavorativa dell'assicurata è del 50%. Lo specialista non attesta neppure chiaramente da quando l'assicurata va ritenuta inabile al 50% in qualsiasi attività. 2.8. Va qui poi ancora rilevato che, senza addurne i motivi, il dr. _____ ha concluso che nella incapacità lavorativa del 30%, attestata dallo specialista psichiatra dr. _____, è compresa anche la problematica reumatologica (doc. AI 42 e 43). Al proposito, in una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D. (I 606/03), il TFA ha rinviato gli atti a questo Tribunale perché, "(...) con l'ausilio di un perito, sulla base dei rapporti medici all'inserto chiarisca la questione circa la cumulabilità o meno dei gradi di inabilità lavorativa in ambito psichiatrico e in ambito reumatologico, e si pronunci nuovamente sul grado di invalidità del ricorrente (...)". In simili condizioni, visto tutto quanto precede e alla luce della giurisprudenza federale citata, si giustifica l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'UAI perché tramite valutazione medica pluridisciplinare - tenuto conto del referto peritale del dr. _____ per quanto concerne l'aspetto reumatologico e con nuovo completo esame della componente psichica - stabilisca la capacità lavorativa globale dell'assicurata e si pronunci nuovamente sul suo grado d'invalidità. 2.9. Da ultimo, la ricorrente ha postulato la rifusione delle spese ed il riconoscimento di un'indennità per ripetibili. Ai sensi dell'art. 61 cpv. 1 lett. LPGa la procedura davanti al Tribunale è retta dal diritto cantonale, ma deve soddisfare le esigenze espresse ed elencate alle lett. a-i. Di principio la procedura è gratuita, tuttavia la tassa di giudizio e le spese di procedura possono essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato (lett. 61 cpv. 1 lett. a), ciò che è previsto dall'art. 20 della LPTCA. Per quanto concerne l'indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso patrocinato in causa (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa e art. 22 LPTCA; DTF 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122; DTF 99 Ia 580 consid. 4). L'indennità è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 118 V 140 consid. 2= RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329). Nel caso in esame, il rappresentante di RI 1 è sicuramente persona che possiede buone conoscenze nelle assicurazioni sociali (cfr. al riguardo le decisioni del TCA e del TFA in ambito LAINF e LAI con le quali allo stesso rappresentante è stata riconosciuta un'indennità a titolo di ripetibili; STCA del 7 giugno 1999 nella causa K., 35.1997.10+25; STCA del 4 marzo 2004 nella causa K., 32.2003.50 e STFA del 13 gennaio 2000, U 284/99) che, come da lui stesso dichiarato (doc. III), non ha agito gratuitamente.

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