

TI_GERICHTE 32.2007.103 vom 19. Februar 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-02-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.103

FR: TI_GERICHTE 32.2007.103 du 19 février 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.103 del 19 febbraio 2007

Regeste

Assicurata sottoposta ad una perizia multidisciplinare. Contestazione della perizia psichiatrica

Erwägungen

E. 21

aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser /Franz Schläuri [editori], Schmerz und Arbeits-unfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si é confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA del 19 maggio 2006 nella causa O. (I 873/05). 2.8. 2.8.1. Nella fattispecie in esame, nell'ambito dell'esecuzione della valutazione multidisciplinare, l'assicurata è stata sottoposta ad una perizia psichiatrica eseguita dal dr. _____. Nel rapporto 23 novembre 2006 lo specialista in psichiatria e psicoterapia, dopo l'esposizione della consueta anamnesi e dopo la visita dell'assicurata, ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4). Egli ha valutato: " Siamo confrontati con un'assicurata che presenta una sindrome somatoforme da dolore persistente accompagnata da una modalità emotiva nella quale si mette in evidenza una sua tendenza alla negazione e alla rimozione dei conflitti intrapsichici. È probabile che il suo passato, vissuto in contesti istituzionali abbia avuto un'influenza nella creazione di un fantasma abbandonico che lei stessa tende a cancellare dalla sua coscienza. Descrive i suoi genitori, nonché il vissuto infantile come idiliaco, in quanto era la più coccolata senza nessun tipo di mancanza. Si constata inoltre una tendenza a dissimulare i sentimenti di rabbia e tristezza, sentimenti che sicuramente si trasformano in un dolore somatoforme persistente. Complessivamente, l'attuale quadro clinico influisce solo parzialmente sulla sua capacità lavorativa." (Doc. AI 29) Di conseguenza, il perito ha ritenuto l'assicurata inabile al 20% sia nell'ultima attività lucrativa svolta che in altre, con prognosi favorevole. Reputato corretto l'attuale trattamento specialistico, il perito ha tuttavia consigliato un trattamento psicofarmacologico di provata efficacia sulla sindrome dolorosa e sui dolori neuropatici. Infine, alla domanda su possibili provvedimenti d'integrazione professionale, egli ha risposto negativamente poiché "in considerazione delle gravi caratteristiche del quadro con la messa in atto di un comportamento pseudoregressivo, non è indicato procedere a nessuna misura di questo tipo" (cfr. perizia pag. 5). Alla succitata valutazione la ricorrente contrappone il rapporto 15 marzo 2007 della dr.ssa _____ (reso dopo la decisione contestata), psichiatra curante dall'8 marzo 2007, la quale in data 29 luglio 2005 aveva reso un rapporto peritale per conto della cassa malati _____. In quel rapporto essa aveva

diagnosticato un disturbo dell'adattamento con umore ansioso-depressivo (ICD F 43.22), valutando un'incapacità lavorativa del 100% per un periodo massimo di 3 mesi per "una ripresa almeno parziale della capacità lavorativa in un'altra professione", motivo per cui "appare imperativo una segnalazione rapida e urgente all'AI, per la formulazione di un progetto di riconversione professionale o riformazione professionale in un'altra professione" (doc. AI 2-11). Ritornando al rapporto 15 marzo 2007, la dr.ssa _____, dopo aver visitato la ricorrente e confermata la diagnosi di disturbo dell'adattamento (ICD 10 F43.2) con reazione mista ansioso depressiva (ICD 10 F43.22), aggiuntiva alla sindrome somatoforme persistente (ICD10 F45.4), ha espresso le seguenti considerazioni in merito alla valutazione peritale del dr. _____: " Per quanto riguarda la patologia psichiatrica, sempre a pagina 14 rispetto alla valutazione fatta dal dr. med. _____ rilevo che alla mia consultazione in data 3.03.2007 la paziente si presentava all'appuntamento visibilmente tesa, ansiosa, gravemente disforica, mimica e gestica esprimevano notevole ansietà e depressione. Il tono dell'umore era mediamente deflesso, senza idee suicidali attive o passive. Non erano presenti disturbi psicotici. La paziente riferiva disturbi di concentrazione e di attenzione rilevabile anche durante tutto il colloquio ed imputabili al quadro ansioso. Il dr. med. _____ nella descrizione del suo stato psichico parla invece di funzioni cognitive totalmente conservate (non so come lo stesso le abbia investigate, non vi si trova traccia nella perizia) ed un tono dell'umore eutimico, con un contatto affettivo valido, mimica e gestualità ben modulate che presentano lievi segni di angoscia attraverso un lieve arrossamento del volto.... L'ansia è libera e moderata fluttuante. La descrizione obbiettiva corrisponde quanto meno ad un quadro ansioso, di cui il perito però non ha tenuto conto nella formulazione della sua diagnosi; così come descrive i disturbi lamentati dall'assicurata quali sonno disturbato con continui risvegli per i dolori ma non ne tiene minimamente in considerazione nella formulazione della diagnosi psichiatrica. Rispetto a quanto espresso a pagina 15 secondo cui: "Il nostro consulente ritiene indicati provvedimenti di reintegrazione professionale in quanto l'atteggiamento pseudoregressivo messo in atto dal quadro clinico non porterebbe alla loro effettuazione". Nutro gravi perplessità sulla base di quanto da lui dichiarato, se la paziente infatti come da lui ritenuto a causa di un atteggiamento pseudoregressivo non riuscirebbe a seguire un provvedimento di reintegrazione professionale c'è da chiedersi come la stessa potrebbe allora reintegrarsi senza alcun aiuto in un'attività professionale normale di cameriera o impiegata di commercio. Ritengo che l'incapacità lavorativa della paziente sia ancora gravemente compromessa e che l'evoluzione dello stato depressivo dal 23.07.2005 al 8.03.2007 sia stato verso la cronicità, nonostante le terapie poste in atto dalla collega dr.ssa _____ avvenuti secondo le regole dell'arte. Il mancato reinserimento della paziente in un circuito lavorativo a breve termine ha determinato nella stessa un importante crollo delle proprie aspettative e potenzialità. Al momento attuale considero la paziente inabile al lavoro all'80% e ritengo la prognosi sfavorevole a medio termine visto il decorso in questi 2 anni." (Doc. A4) Al fine di avere una presa di posizione da parte del perito interessato, il 10 marzo 2008 questo TCA ha posto al dr. _____ le seguenti domande, a cui egli ha risposto il 6 aprile 2008: " Per quali motivi lei si è discostato dalla perizia del 29.07.2005 della Dr.ssa _____ per quel che concerne la valutazione della residua capacità lavorativa? Nella mia valutazione peritale non ho riscontrato un quadro clinico compatibile con una sindrome da disadattamento, con umore ansioso depressivo (ICD 10 F43.22) come riferito dalla collega Dr.ssa _____. Come è stato ben espresso nel mio rapporto il tono dell'umore, le funzioni cognitive, quelle fisiologiche e l'ideazione erano tali da escludere tale diagnosi.

Sebbene abbia riscontrato alcuni elementi fenomenologici, come ansia libera moderata, lievi segni di commozione, tensione e rabbia contenuta, ho escluso una componente ansioso-depressiva che abbia un valore di diagnosi ai sensi del ICD 10, in quanto quantitativamente non significativi per porre tale diagnosi. Ho riconosciuto la diagnosi Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10-F45.4) in quanto era riscontrabile una modalità di funzionamento psicologico compatibile con tale diagnosi (tendenza alla somatizzazione, alla negazione e alla rimozione dei conflitti intrapsichici, ad una inadeguata gestione dei sentimenti di rabbia e tristezza generati da una possibile sofferenza di tipo abbandonica). Ho riscontrato una attitudine pseudoregressiva e passiva del suo comportamento come spesso accade in tali quadri e che purtroppo si dimostrano incompatibili con un processo formativo di riqualifica professionale. Per questo motivo non ho ritenuto indicato procedere verso una misura di questo tipo. Da un punto di vista anamnestico l'assicurata non ha mai presentato nessun tipo di disturbo psichiatrico prima della comparsa della sintomatologia somatoforme di tipo algica che ha sviluppato a partire dal 2005. Per questo motivo, in assenza di un processo psicopatologico maggiore e/o endogeno, nel quale si mette in atto un vero processo di regressione dell'apparato psichico non è giustificato accettare un'attitudine passiva come costata nell'assicurata. Inoltre, nel caso in cui ipoteticamente l'assicurata avesse presentato una sindrome da disadattamento, questa diagnosi non dovrebbe a lungo termine incidere in modo importante sulla capacità lavorativa della persona, in quanto si tratta di un processo psicopatologico reattivo. La stessa collega Dr.ssa _____, nel suo rapporto del 29.07.2005, nella sua valutazione dichiarava "come massimo un periodo di 3 mesi il tempo ritenuto sufficiente per una ripresa lavorativa almeno parziale". Questa sua dichiarazione parla a favore del fatto che non valutava il quadro psicopatologico come grave. Quale è la presa di posizione in merito al rapporto del 15.03.2007 della succitata specialista, in particolare riguardo alle perplessità sollevate alla sua perizia del 23.11.2006? Come espresso nella mia risposta precedente, non è indicato accettare una misura di riqualifica professionale quando è costatabile nell'assicurata un'attitudine passiva. Sono stato per un periodo (2005-2006) supervisore per i casi di riqualifica psichiatrica presso il Centro di _____ e ho avuto modo di comprovare quanto da me espresso. Gli assicurati portatori di questa problematica psicosomatica devono essere confrontati in ambito psicoterapico con i propri meccanismi passivi, con il guadagno secondario che provoca in loro la rinuncia al dover assumere una posizione di responsabilità individuale, sociale e lavorativa. In questo modo è possibile che gli assicurati possano maturare strategie alternative ed evolutive per la propria persona. Per quanto concerne il livello d'ansia moderato e il lieve segno di angoscia da me riscontrato, quantitativamente non erano sufficienti per porre una diagnosi ai sensi del ICD 10, come già espresso in precedenza. Il dolore era l'unico elemento sintomatico che ho riscontrato che aveva un valore invalidante. L'assicurata ha dichiarato di mantenere un livello normale della funzione della libido ma era il dolore che influiva sulla sua vita intima, il dolore era la causa dei suoi risvegli notturni e non altri sintomi ideativi o ansiosi come accade quando una persona soffre di depressione. Conferma la sua perizia al SAM? Per quali motivi? Confermo quanto da me concluso nella mia perizia SAM del 23.11.2006. I motivi sono stati ben spiegati nelle risposte precedenti." (Doc. XV) A sua volta, con scritto 18 aprile 2008 la dr.ssa _____ ha inoltrato, per il tramite della ricorrente, delle osservazioni in merito alla summenzionata presa di posizione (doc. XVIII/B). 2.8.2. Da un attento esame dei succitati referti, questo TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione del dr. _____, il cui referto, completo ed esaustivo, è privo di contraddizioni. Nello scritto 6

aprile 2008 il perito ha ben spiegato che il tono dell'umore, le funzioni cognitive, fisiologiche e l'ideazioni riscontrati nell'assicurata durante la valutazione peritale (cfr. perizia 23 novembre 2006 sub capitolo "stato psichico", pag. 3), nonostante la presenza di alcuni elementi fenomenologici, escludevano una diagnosi di sindrome ansioso-depressiva ai sensi dell'ICD 10. Il dr. _____ ha poi pertinentemente fatto presente di aver individuato nel dolore l'aspetto invalidante, motivo per cui ha diagnosticato una sindrome da dolore persistente. D'altronde, qualche mese prima della perizia, anche l'allora psichiatra curante dr. _____ nel rapporto 12 gennaio 2006, pur riscontrando - analogamente al dr. _____ - alcuni elementi fenomenologici depressivi (" il soggetto appare profondamente depresso...l'ansia libera raggiunge livelli estremamente elevati..."; cfr. rapporto pag. 2), non aveva diagnosticato una sindrome ansioso depressiva ma "unicamente" una sindrome somatoforme (doc. AI 21-1). Determinante ai fini della causa è tuttavia la circostanza che l'assicurata non presenta, ai sensi della succitata giurisprudenza (cfr. consid. 2.7), un'affezione psichica così grave da pregiudicare totalmente qualsiasi abilità lavorativa. Innanzitutto va evidenziato che dallo stato psichico riportato nella perizia non risulta che l'insorgente presenta problemi cognitivi, di concentrazione, di attenzione, di memoria e di giudizio (" le funzioni cognitive sono totalmente conservate. La concentrazione, l'attenzione e la memoria sono inalterate. È conservato anche il giudizio...; perizia pag. 3, doc. AI 29-26). Il dr. _____ ha inoltre rimarcato che "... il flusso del pensiero è fluido e non sono riscontrabili allentamenti dei nessi associativi " e che "...non sono presenti idee a sfondo fobico né ossessivo.. non sono presenti idee suicidali" (perizia pag. 3, doc. AI 29-26). Non risulta nemmeno che l'assicurata abbia un tenore di vita isolato, a parte il senso di ansia quando deve entrare in luoghi affollati e che abbia perso la capacità integrativa. Lo stesso status psichico è stato del resto riscontrato dalla dr.ssa _____ nel citato rapporto 15 marzo 2007, eccezion fatta per la mimica e la gestualità (che " esprimono notevole ansietà e depressione) ", la quale ha evidenziato: "...è lucida ed orientata nei 3 domini. Dal profilo cognitivo il linguaggio, la memoria, le pressie e le gnosie sono senza particolarità; le capacità logiche e di giudizio sono conservate; la paziente presenta disturbi di concentrazione e di attenzione imputabili al quadro ansioso. Il tono dell'umore è mediamente deflesso senza idee suicidali attive o passive. Il corso del pensiero è normale senza ideazioni deliranti, nè idee fisse o prevalenti. La percezione è pronta e libera d'errore" (doc. A4). Certo che, come indicato dalla psichiatra curante, l'assicurata " a livello soggettivo continua a riferire gravi crisi bulimiche, ansia, disforia, astenia, facile esauribilità, insonnia intermedia e tardiva, difficoltà nelle relazioni interpersonali, sentimento di inferiorità, incapacità ed ansia continua" (sottolineatura del redattore; doc. A4). Tuttavia, vista la sostanziale sovrapposizione dello stato psichico descritto poc'anzi, secondo questa Corte, non si è in presenza di un manifesta morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata. Non va inoltre dimenticato che nel già citato rapporto il dr. _____ aveva evidenziato uno stato di salute suscettibile di miglioramento, consigliando tuttavia, viste la difficoltà riscontrate nel valutare la capacità lavorativa, l'esecuzione di un accertamento diagnostico supplementare, ciò che è avvenuto nell'ambito della perizia SAM. Anche la successiva psichiatra curante dr.ssa _____, nel rapporto 16 agosto 2006, ha attestato uno stato di salute suscettibile di miglioramento e questo nonostante avesse pure lei ritenuto dato un disturbo dell'adattamento con reazione mista ansioso-depressiva (doc. AI 27-1). Simile miglioramento lo aveva del resto già evidenziato la dr.ssa _____ nel citato rapporto 29 luglio 2005, visto che aveva limitato la totale incapacità lavorativa "per un periodo di 3 mesi al massimo tempo ritenuto sufficiente per

una ripresa lavorativa almeno parziale “ (cfr. consid. 2.9.1). Pertanto, quanto sostenuto dalla stessa nel rapporto 15 marzo 2007 non appare corretto (“ Ribadisco che quanto da me valutato nel corso della visita medica fiduciaria del 23.07.2005, rappresentava una situazione di grave compromissione della capacità lavorativa della paziente motivo per cui ritenevo giustificata un’incapacità lavorativa al 100% ”; pag. 2 doc. A4). Vero che nello stesso rapporto la succitata psichiatra ha valutato un’incapacità lavorativa dell’80%, circostanza che, vista la sostanziale sovrapposibilità dello status psichico con la perizia del dr. _____, non è tuttavia suscettibile di essere considerata un rilevante peggioramento dello stato valetudinario, ma una diversa valutazione della medesima fattispecie rispetto alla valutazione peritale citata, alla quale va conferito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.7).

2.8.3. La ricorrente ha evidenziato una contraddizione tra quanto sostenuto dal SAM e dal dr. _____ in merito alla non necessità di intraprendere eventuali provvedimenti di integrazione professionale (“ No, in considerazione delle gravi caratteristiche del quadro con la messa in atto di un comportamento pseudoregressivo, non è indicato procedere a nessuna misura di questo tipo” , perizia dr. _____ pag. 5; “ Il nostro consulente ritiene non indicati provvedimenti di reintegrazione professionale in quanto l’atteggiamento pseudoregressivo messo in atto dal quadro clinico non porterebbe alla loro effettuazione” ; perizia SAM pag. 15). In particolare essa ha rilevato: " Ora, dei due l'uno: o una riforma professionale è ipotizzabile per la qui ricorrente ma non porterebbe ad un aumento della capacità lavorativa oppure la reintegrazione professionale non può essere svolta in quanto l'atteggiamento pseudoregressivo (connesso evidentemente con la malattia) non permetterebbe di portare a termine una riforma professionale. Si tratta di due valutazioni tra di loro completamente diverse e contrastanti in quanto la prima non pone affatto in discussione la capacità di riqualificarsi della qui ricorrente. Se un atteggiamento pseudoregressivo messo in atto dal quadro clinico ha un'incidenza su di una possibile effettuazione di un reinserimento professionale lo stesso atteggiamento pseudoregressivo costituirebbe un evidente impedimento alla ripresa dell'attività professionale nei campi nei quali la qui ricorrente è stata fino ad oggi attiva. Per conseguenza, nel contesto di una valutazione corretta, i motivi che andrebbero ad escludere una possibilità di riforma professionale, escluderebbero per parallelismo e per logica anche una ripresa di un'attività lavorativa tra le professionali esercitate finora. Nel rapporto del SAM il quadro clinico è descritto in modo severo e cinico solo allorché si tratta di escludere il reinserimento professionale; lo stesso quadro clinico viene poi ripreso in modo blando ed influente sull'esercizio delle professioni che la ricorrente ha già esercitato. Un approccio, come sottolineato anche la Dr.ssa _____ nel proprio rapporto, che non è in nessun caso, nel contesto di una valutazione delle patologie psichiatriche, sostenibile." (Doc. I) Orbene, se nello scritto 6 aprile 2008 il dr. _____ ha spiegato i motivi per cui non riteneva indicato procedere nel senso di una riqualifica professionale, va tuttavia evidenziato che l’assicurata presenta nella propria attività d’impiegata di commercio (ed in altre simili attività) una residua capacità lavorativa dell’80%, sia dal punto di vista psichico che, come verrà detto in seguito, globale. Con una simile alta percentuale di abilità rettamente l’Ufficio AI, nella decisione contestata, ha sostenuto che “ si rinuncia all’attuazione di misure reintegrative di ordine professionale ritenuto che – e qui sta il punto decisivo – l’attività di impiegata di commercio risulta essere tuttora esigibile e poiché queste non contribuirebbero ad un aumento dell’incapacità di guadagno”. L’assicurata dispone del resto di una formazione commerciale conclusa ed ha svolto nell’arco di due anni sia l’attività di gerente di un ristorante che d’impiegata di commercio (perizia SAM pag. 7/8).

2.9. Per quel che concerne la valutazione globale della capacità lavorativa, i periti del SAM hanno pertinentemente sostenuto: " L'incapacità lavorativa dovuta alla problematica psichiatrica e quella reumatologica non vanno sommate in quanto entrambe prendono in considerazione il dolore cronico e l'affaticamento. Complessivamente, dunque, l'A. va considerata abile al lavoro nella misura dell'80% in tutte le attività lavorative finora svolte". (Doc. AI 29 pag. 17). Al riguardo va fatto presente che, secondo la giurisprudenza dell'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo ad un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati; l'Alta Corte ha inoltre osservato che la questione a sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e se del caso in quale misura è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D, I 338/01, pubblicata in RDAT 2002 I no. 72 pag. 485, confermata nella STFA del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03). In conclusione, sulla base dell'affidabile e concludente perizia del SAM, alla quale va dato valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.6), è da ritenere dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b) che la ricorrente presenta un'abilità al lavoro del 80% nelle attività finora svolte di impiegata di commercio e di gerente. In queste condizioni, ricordato che l'assicurata è ancora capace di esercitare la sua vecchia professione, appare indicato procedere a un cosiddetto raffronto percentuale (cfr. DTF 114 V 310 consid. 3a e riferimenti ivi menzionati; STFA del 21 agosto 2006 nella causa R., I 759/05, consid. 8; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, p. 154). Pertanto, il reddito da invalido che essa potrebbe conseguire mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua corrisponde all'80% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%). L'incapacità lucrativa corrisponde al 20%, ciò che è insufficiente per fare nascere il diritto a una rendita di invalidità (cfr. art. 28 cpv. 1 LAI). Visto quanto precede, la decisione su opposizione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.- andrebbero poste a carico dell'assicurata, la quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria.

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