

## **TI\_GERICHTE 32.2007.172 vom 15. Oktober 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-10-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.172](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.172)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.172 du 15 octobre 2007

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.172 del 15 ottobre 2007

### **Regeste**

Viste le risultanze delle perizie specialistiche - abilità al 100% nella sua professione - a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a provvedimenti integrativi e a una rendita in quanto non dato il periodo di attesa ai sensi dell'art. 29 LAI

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

LAI prevede in particolare che: " L'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riforma professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale." Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riforma professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI " per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare sensibilmente la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità." Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). L'assicurato ha in particolare diritto alla formazione completa, che appare necessaria nel suo caso per mantenere o migliorare in maniera essenziale la sua capacità di guadagno (AHI 1997 pag. 85; STFA non pubbl. del 21 luglio 1995 in re F. consid. 2b). Una formazione non può quindi essere interrotta anticipatamente se, tenuto conto del principio della proporzionalità, il successo prevedibile dei provvedimenti d'integrazione appare ancora raggiungibile (RDAT I 1998 pag. 295 consid. 1b; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 131). Secondo la giurisprudenza, infine, l'assicurato sottoposto a carico dell'assicurazione per l'invalidità a provvedimenti d'integrazione professionale ha diritto a provvedimenti completivi nel caso in cui la reintegrazione effettuata non gli consenta di percepire un reddito adeguato e se egli solo con tali provvedimenti supplementari possa essere in grado di conseguire un guadagno parificabile a quello che avrebbe potuto percepire senza invalidità nella sua precedente attività. Il diritto a detti provvedimenti completivi non esige che sia raggiunta la soglia di rilevanza (perdita di guadagno del 20%: DTF 124 V 110 consid. 2b) richiesta per aver diritto ai provvedimenti d'integrazione professionale (STFA inedita 20 luglio 2002 nella causa C, I 237/00; Pratique VSI 2000 31 consid. 2 e 32 consid.

3b, RDAT I 1998 pag. 294; RCC 1978 pag. 527e STFA 1967 pag. 108). 2.5. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, 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, pp. 216ss). 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%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA 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 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 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). 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 dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, *op. cit.*, p. 232). 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 Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1 gennaio 2007 Tribunale federale) 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; DTF 114 V 313).

2.6. 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 questi 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 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, in lingua italiana, 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 - rientrante 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 [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). 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)." Anche in un'altra 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.)." In una sentenza del 16 dicembre 2004 nella causa J., I 770/03 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p.

1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza del 19 maggio 2006 nella causa O. (I 873/05), si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza del 4 luglio 2007 nella causa UAI contro M. e TCA (I 384/06) il Tribunale federale (TF) ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.7. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI: " Il diritto alla rendita secondo l'articolo 28 nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato: a. presenta un'incapacità permanente di guadagno (art. 7 LPGA) pari almeno al 40 per cento, oppure b. è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro (art. 6 LPGA) per almeno il 40 per cento in media." Per quanto attiene all'art. 29 cpv. 1 lett. a LAI, i presupposti per un'incapacità al guadagno permanente si ritengono adempiuti allorché si può presumere che né un miglioramento né un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato non debba – secondo un'analisi prognostica e non retrospettiva – intervenire in futuro (art. 29 OAI). La lett. a dell'art. 29 cpv. 1 LAI si applica di conseguenza allorché il danno alla salute dell'assicurato si è largamente stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente. Il carattere permanente è in particolare dato se non sono da attendersi

miglioramenti né da provvedimenti di cura né da provvedimenti d'integrazione (cfr. STFA del 25 novembre 2005 nella causa G., I 566/05; STFA del 18 luglio 2005 nella causa N., I 154/05). Secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, il diritto alla rendita secondo l'art. 28 LAI nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media. La lett. b si applica per contro alle malattie evolutive, vale a dire agli stati patologici labili, suscettibili di evolvere verso un miglioramento o un peggioramento (cfr. STFA del 25 novembre 2005 nella causa G., I 566/05; STFA del 18 luglio 2005 nella causa N., I 154/05). Di regola il periodo di carenza incomincia non appena l'assicurato subisce una diminuzione sensibile del suo rendimento nella professione esercitata sino a quel momento ed il termine può cominciare a decorrere anche quando l'assicurato non subisce alcuna perdita di guadagno o non esercita alcuna attività lucrativa (DTF 105 V 159; RCC 1979 p. 281, 1970 p. 402). Una diminuzione della capacità di lavoro del 20% soddisfa già la nozione legale (Pratique VSI 1998 p. 126). Dall'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI la giurisprudenza ha dedotto che, in caso di stato patologico labile, esiste un'interazione tra, da una parte, la nascita del diritto alla rendita e, d'altra parte, la sua entità e le basi di calcolo, benché sono applicabili delle condizioni differenti. Pertanto, un'incapacità lucrativa del 40% almeno imputabile a un'affezione labile non fonda alcun diritto, qualora non vi sia stata preliminarmente un'inabilità lavorativa perlomeno equivalente durante il precedente anno di carenza. Al contrario, un'incapacità lavorativa del 40% almeno nel corso di un anno non è di per sé sufficiente a fare nascere un diritto; essa deve essere perciò seguita da un'incapacità di guadagno perlomeno equivalente. Tutto ciò vale per tutti i tipi di rendita definiti dalla legge (art. 28 cpv. 1 LAI. Il tasso medio d'inabilità lavorativa durante un anno e l'incapacità lucrativa presente alla scadenza del periodo di carenza, devono essere cumulati e raggiungere il grado minimo legale necessario per far nascere il diritto alla rendita (DTF 121 V 274 consid. 6b/cc; STFA del 25 ottobre 2006 nella causa B., I 632/05, consid. 4.1 e del 17 agosto 2006 nella causa C., I 531/05 e I 543/05). Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI). Vi è interruzione notevole del termine di 360 giorni ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI allorché l'assicurato è interamente abile e presenta, durante almeno 30 giorni consecutivi, una capacità al lavoro economicamente utilizzabile, senza riguardo alla sua remunerazione (RCC 1969 p. 571). Il periodo di 360 giorni non è per contro interrotto se il tentativo di ripresa del lavoro – essendo provatamente al di sopra delle forze dell'assicurato – è fallito, anche se esso è durato più di 30 giorni (RCC 1964 p. 168).

2.8. Nell'evenienza concreta, nelle annotazioni 18 febbraio 2005, la dr.ssa \_\_\_\_\_, medico SMR, ha concluso che "(...) in occasione dell'ultima visita specialistica \_\_\_\_\_ chirurgia della mano, l'attuale situazione a livello della mano destra è da considerare ora consolidato e ci sono pochi problemi residui: è preponderante la problematica della spalla destra / cervicobrachiale per cui ritengono indicati una presa a carico specialistica adeguata (Dr. \_\_\_\_\_). Per quanto concerne la capacità lavorativa, essa sarebbe da accertare a livello medico peritale. Procedere: inviare rapporto medico AI con allegato al reumatologo Dr. \_\_\_\_\_ che ha preso a carico l'A. In seguito ritrasmettere dossier al SMR con nota urgente." (doc. AI 35/1). Con lettera 23 febbraio 2005 il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, ha comunicato all'Ufficio AI quanto segue: " Non mi sento in grado di valutare obiettivamente la capacità lavorativa di questa paziente che vedo tutti i giorni perché è ricezionista presso la Clinica di \_\_\_\_\_. Tenendo conto della giovane età, del lavoro adatto che la paziente già svolge attualmente e della natura più soggettiva dei

disturbi, ritengo necessaria una valutazione indipendente. Allego comunque la mia lettera al Dr. \_\_\_\_\_ del 25.10.2004.” (doc. AI 36/2) Nella menzionata lettera del 25 ottobre 2004 (doc. AI 36/3-5), indirizzata al dr. \_\_\_\_\_, capo clinica del reparto di ortopedia e chirurgia della mano della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il dr. \_\_\_\_\_, posta la valutazione di: “(...) disturbo indifferenziato di percezione e elaborazione del dolore – dolori di tipo meccanico diffusi a tutto il quadrante destro del corpo, di natura funzionale – stato dopo ustione della mano destra all’età di 4 anni, seguita di più interventi di chirurgia ricostruttiva e da un intervento di decompressione del tunnel carpale a destra l’11.12.2003, complicato da un’infezione della ferita e anamnesticamente da una modica forma di algodistrofia (...)” (doc. AI 36/3), ha descritto il seguente status: “(...) paziente in buono stato generale, 60 kg. Vi è una sensazione differente al tatto in tutto il quadrante superiore destro del corpo rispetto al resto del corpo. In queste regioni il tatto risulta sgradevole mentre altrove la sensazione è normale. Nonostante questo 0/18 punti di fibromialgia sono eccessivamente dolorosi ad una pressione digitale di ca. 4 kg. L’esame neurologico cursorio è normale. Tinel e Phalen sono negativi a livello del tunnel carpale ddp. Nessun segno per TOS. La mano destra mostra cicatrici e minime contratture in flessione a livello delle dita II-IV a destra. La forza appare normale e tendenzialmente simmetrica. Nessuna tenosivite. Nessuna sinovite. Il polso mostra una mobilità normale e indolore. Il gomito è s.p.. La spalla destra ha una mobilità normale e simmetrica, senza segni a favore di una irritazione della cuffia dei rotatori. Vi sono dolori aspecifici e incostanti ai movimenti estremi. La colonna cervicale mostra un certo appiattimento della cifosi fisiologica. Vi sono delle disfunzioni inverttebrali minori a carico di C6, C7 e della colonna dorsale alta. Al momento non vi è evidenza per un’algodistrofia all’arto superiore destro né per una causalgia. (...)” (doc. AI 36/4). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia e medicina interna, nella perizia reumatologica 24 giugno 2005 (doc. AI 43/1-7), posta la diagnosi di “(...) iperestesia cervico-brachiale dx – stato dopo intervento per sindrome del tunnel carpale dx il 11.12.2003 con decorso complicato da infetto della ferita e reazione algodistrofica – cefalee anamnestiche con nozione di emicrania con aura (diagnosi 1999) (...)” (doc. AI 43/5), ha espresso la seguente valutazione: “ (...) Dopo gli interventi ricostruttivi la paz. aveva potuto frequentare normalmente le scuole e aveva ottenuto un diploma di segretaria. Già da giovane ha sofferto di dolori all’arto superiore dx, praticamente costanti a partire dall’età di 20 anni. Una parte di questi dolori è regredita dopo l’intervento di decompressione del nervo mediano (11.12.2003), nel decorso del quale è comunque apparsa una reazione algodistrofica che ha necessitato di un lungo trattamento che è infine rientrata per cui anche secondo i chirurghi di \_\_\_\_\_ si è raggiunto lo stato quo ante. Si tratta di una sindrome algica particolare dato che concerne diffusamente tutto l’arto superiore dx dalle dita alla spalla, fino nella regione della scapola e del muscolo pettorale ma che concerne anche tutta la regione laterale della colonna cervicale. I disturbi si caratterizzano da una evidente iperestesia diffusa al tatto e minime pressioni, più pronunciata all’avambraccio che non al braccio. Allo stato clinico non si trovano, all’infuori del braccio dx, altri punti dolorosi in favore di una sindrome polialgica generalizzata (per esempio fibromialgia). Lo stato vascolare, osteo-articolare e neurologico sono nella norma, se si eccettua una diminuzione di forza alla mano dx, per la quale non vi è tuttavia un adeguato correlato oggettivo. Attualmente la paz. presenta una normale mobilità della colonna cervicale e dell’arto superiore dx, compresa la mano. Anche le prove di coordinazione e motricità fine sono s.p. Per quanto riguarda la funzionalità non vi è dunque alcun deficit relativo all’arto superiore e la mano dx. In definitiva si tratta dunque di una sindrome algica diffusa cervico-brachiale

dx caratterizzata da una diminuzione della soglia del dolore molto importante. In conclusione si tratta dunque di una sintomatologia funzionale che non rientra in un contesto organico e quindi anche reumatologico. Non sono dunque in grado di fornire una prognosi a riguardo. (...)" (doc. AI 43/5-6) Circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso: "(...) B.1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati: Dal lato somatico/reumatologico la paz. presenta una normale mobilità dell'arto superiore dx, con una diminuzione di forza misurabile unicamente alla mano dx, tuttavia ancora sufficiente per un lavoro di tipo leggero. Rendo inoltre attento che la misura della forza di prensione è una misura non strettamente oggettiva. In pratica, dal lato reumatologico non vi sono limiti per quanto riguarda un'attività lavorativa leggera d'ufficio, di segretaria, telefonista o ricezionista. B.2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale: Dopo l'intervento per la sindrome del tunnel carpale a dx la paz. è rimasta inabile al lavoro al 100% a partire dal 11.12.2003 e al 50% dal 11.03.2004 a tuttora. Dalla documentazione risulta un'evidente complicazione del decorso post-operatorio (reazione algodistrofica) ciò che ha necessitato un lungo trattamento riabilitativo e che giustifica dunque un'inabilità lavorativa prolungata. Tuttavia, dal punto di vista reumatologico non si può attualmente ritenere alcuna incapacità lavorativa per quanto riguarda la sua professione di segretaria e anche per la sua ultima occupazione di centralinista/ricezionista. (...) C.1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Sono in corso o previsti? Non trattandosi di una problematica della sfera somatica o reumatologica, non sono in grado di proporre delle particolari misure riabilitative. C.2 È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. C.3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? La domanda cade visto quanto precede. (...)" (doc. AI 43/6) Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia psichiatrica 3 ottobre 2005 (doc. AI 45/1-18), posta la seguente diagnosi: "(...) non sono emersi elementi indicativi di una patologia psichiatrica attuale, ad eccezione di una amnesia dissociativa (ICD 10: F 44.0) legata esclusivamente all'evento traumatico ed alle sue iniziali terapie e non influenzante la capacità di lavoro. (...)" (doc. AI 45/6), ha formulato la seguente valutazione e prognosi: "(...) Per quanto attiene alle diagnosi psichiatriche, non sono emersi elementi né clinici né testologici indicativi di una patologia in atto. Ci sono aspetti rappresentativi di alcuni conflitti di tipo psicodinamico, in particolare legati alla elaborazione della colpa per l'incidente nell'ambito familiare, aspetti problematici relativi alla propria corporeità, conflitti tra il desiderio di indipendenza e la necessità di aiuto da parte degli altri, qualche sfumatura isterica (che non si configura come un disturbo da conversione), qualche sfumatura di tipo depressivo. Questi elementi sono inseriti in una struttura psichica "normale". Dal punto di vista psichiatrico non si evidenziano elementi indicativi di una ridotta capacità di lavoro, anzi andrebbero sottolineati l'impegno e la buona volontà della peritanda in campo lavorativo. La valutazione psichiatrica sarebbe così conclusa, ma il medico SMR chiede al perito psichiatra di discutere con il reumatologo per giungere ad una valutazione globale della capacità lavorativa comprendente sia gli aspetti somatici sia gli aspetti psichici. Questo compito, che avrebbe potuto anche essere svolto dal reumatologo, appare piuttosto arduo. Le diverse valutazioni ortopediche, angiologiche, neurologiche, reumatologiche, concordano nel non evidenziare alterazioni obiettive che giustifichino la sindrome dolorosa. D'altra parte non si sono rilevate neanche alterazioni psichiche di rilievo. La paziente per altro appare attendibile e non ci sono neanche elementi chiaramente indicativi di una simulazione, considerando come la storia del disturbo doloroso sia iniziata in tenera età. Il dott. \_\_\_\_\_, nella sua valutazione del

25.10.2004, riconduce la sintomatologia ad un disturbo indifferenziato di percezione ed elaborazione del dolore, sviluppatosi nel tempo in una dinamica di neuroplasticità. Pone inoltre l'accento sulla componente meccanica del dolore, confermata dalla modulazione in relazione allo sforzo e all'assenza di sintomi a riposo. Sottolineo, inoltre, che le posizioni viziate antalgiche adottate dalla paziente potrebbero aver avuto un ruolo in un sovraccarico biomeccanico del tunnel carpale destro, cosa che renderebbe in parte ragione nell'insorgenza di una sindrome compressiva del nervo mediano in una paziente così giovane. Riassumendo, siamo di fronte ad una paziente psichicamente sana, senza anomalie cliniche obiettive ortopediche, reumatologiche, neurologiche, angiologiche, che soffre di un disturbo doloroso cronico conseguente ad un grave trauma in età infantile all'arto superiore destro. In queste situazioni, il problema maggiore appare quello dell'oggettività della patologia, intendendo come "oggettività" la presenza di una anomalia visibile e/o rilevabile strumentalmente. Quando si verifica tale evenienza abbiamo un disturbo che viene qualificato come obiettivabile. In casi particolari come questo, possiamo però individuare altri elementi che possano indicarci la "realtà" del disturbo: - l'evoluzione nel tempo della sintomatologia: da più di 20 anni il disturbo viene descritto come presente e con caratteristiche coerenti. - L'adesione alle terapie: appare sempre essere stata diligente. - L'impressione clinica di medici indipendenti: nelle numerose valutazioni cliniche non si mette in dubbio la presenza del dolore e lo si collega all'uso dell'arto. - L'elemento egodistonico del disturbo: la paziente non appare compiacersi del disturbo né essere indifferente ad esso, anche se in qualche periodo della sua vita può averlo inconsapevolmente utilizzato per ottenere vantaggi secondari di tipo affettivo nell'ambito familiare e relazionale. - La struttura della personalità del soggetto: non si sono rilevati elementi indicativi di psicopatologia, nevrosi da rendita, di evidente simulazione. Se consideriamo come validi questi criteri, allora nel caso della signora RI 1, saremmo di fronte ad una sindrome dolorosa "obiettiva" e non solamente soggettiva. In quest'ottica sarebbe allora giustificata la incapacità della peritanda di svolgere un'attività lavorativa continuativa per il completo orario di lavoro, necessitando ella di congrui periodi di riposo dopo l'utilizzo dell'arto superiore destro. Ciò renderebbe ragionevole il riconoscimento di una incapacità lavorativa del 40% - 50%. Non sono in grado di esprimermi sulla prognosi. Ritengo pertanto che la peritanda debba essere rivalutata nel tempo. (...)." (doc. AI 45/7-8) Circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso: " (...) 1. Menomazioni dovute ai disturbi constatati: Dolore dell'arto superiore destro con l'uso, necessitante di riposo per il recupero. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale Il dolore all'arto superiore destro aumenta durante l'attività lavorativa fino a rendere impossibile alla peritanda l'uso dell'arto stesso. L'attività attuale è ancora praticabile nella misura del 50% - 60% dell'orario di lavoro (vedi Valutazione e prognosi). La limitazione dell'attività di lavoro esiste dal marzo 2004 ed è rimasta costante. (...) 1. È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? No. I disturbi rimarrebbero uguali in qualsiasi attività lavorativa. 2. E' possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. 3. L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? L'attività lavorativa della peritanda appare potersi esplicare solo nell'ambito amministrativo. (...)." (doc. AI 45/8-9) La dr.ssa \_\_\_\_\_, il 14 ottobre 2005, ha scritto al dr. \_\_\_\_\_ una lettera del seguente tenore: " (...) Riassumendo brevemente il caso, dal punto di vista somatico, le indagini sino ad ora eseguite compresa la valutazione peritale reumatologica hanno potuto escludere con una buona probabilità la persistenza dello stato algico descritto di tutto l'arto superiore destro, per cui, in presenza di

un quadro di dolore cronico senza substrato organico, l'assicurata è stata sottoposta ad ulteriore approfondimento tramite la tua valutazione peritale psichiatrica. La tua approfondita valutazione, comprendente anche esauriente testistica, ha potuto escludere la presenza di una comorbidità psichiatrica e dal punto di vista strettamente psichiatrico hai poi ritenuto che non ci siano motivi per ritenere giustificata una diminuzione della capacità lavorativa. Malgrado ciò ti esprimi comunque in merito ad una inabilità lavorativa del 40-50% proprio legata alla problematica algica dell'arto superiore destro, con motivazioni come da pagine 8. Ti prego gentilmente di voler approfondire ulteriormente questa valutazione, in particolare di descrivere se nel caso in questione ci sono dei criteri solidi per poter parlare della presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente e in caso affermativo quali sono gli eventuali fattori concomitanti che possano attribuire un carattere invalidante a tale patologia. (...)." (doc. AI 47/1) Con lettera 24 ottobre 2005 il dr. \_\_\_\_\_ ha così risposto alla dr.ssa \_\_\_\_\_: " (...) La peritanda non risulta essere affetta da una sindrome somatoforme da dolore persistente, così come intesa dal punto di vista psichiatrico e codificata dall'ICD 10. Stando ai criteri dell'ICD 10 non ho rilevato conflitti emozionali o problemi psicosociali di tale entità da essere considerati, se non causali, almeno in associazione con il dolore. Dal punto di vista della struttura psicologica, la peritanda non mostra le caratteristiche generalmente rilevabili in pazienti con sindromi somatoformi: scarso accesso alle emozioni e difficoltà di esprimerle, rigidità di pensiero, scarsa capacità di immaginazione e di fantasia. Ribadisco, quindi, che la paziente non presenta una patologia psichiatrica che comporti una inabilità lavorativa. Queste osservazioni rappresentano completamente la mia presa di posizione psichiatrica. Le considerazioni espresse nella perizia alle pagine 7, 8 e 9 costituiscono degli elementi di riflessione non specialistici sulla globalità del caso (affermo infatti che anche il reumatologo avrebbe potuto svolgere questo compito). Ritengo che i criteri riportati alla pagina 8 indichino la effettiva presenza del dolore cronico, in altre parole la peritanda non appare simulare il dolore. Qualora la sindrome da dolore cronico rilevata nel caso in oggetto in assenza di patologie somatiche o psichiatriche causali sia considerabile dalla assicurazione invalidità come causa sufficiente di invalidità lavorativa, allora credo che la percentuale potrebbe essere del 40-50%. Ritenendo di competenza dell'Ufficio AI la decisione suddetta mi sono infatti espresso solo in termini ipotetici sulla valutazione generale del caso. (...)." (doc. AI 47/1-2) Nel rapporto medico 27 ottobre 2005 (doc. AI 49/1-4), dopo aver riassunto il caso, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha espresso la seguente valutazione: " (...) riassumendo, dal punto di vista reumatologico attualmente non ci sono patologie rispettivamente danni strutturali che comportano una limitazione funzionale nell'abituale attività lavorativa fisicamente leggera e pertanto l'A. dal punto di vista somatico è da considerare pienamente abile al lavoro. L'aspetto della sintomatologia funzionale (dolore cronico) è stato ulteriormente approfondito tramite perizia psichiatrica con le conclusioni come sopra (assenza di qualsiasi patologia psichiatrica, in particolare non ci sono i criteri per sindrome somatoforme da dolore persistente) e dal punto di vista psichiatrico viene pure valutata una piena capacità lavorativa. La valutazione del perito psichiatra di concedere una IL del 40-50% per la presenza del dolore cronico, in assenza di danno strutturale somatico rilevante rispettivamente in assenza di patologia psichiatrica, non può essere seguita in quanto non è stato dimostrato, malgrado approfondito accertamento specialistico, un danno alla salute invalidante. (IL 0% dal punto di vista reumatologico-fisiatrico + IL 0% dal punto di vista psichiatrico = IL 0% globale). È da ritenere esigibile da parte dell'A. lo sforzo di volontà per superare i disturbi lamentati in

quanto non è stato rilevato nessuna struttura di personalità premorboza deficitaria, non è presente una comorbidità psichiatrica, non è presente un danno alla salute somatico cronico e non ci sono evidenze di un ritiro sociale per tutti gli aspetti della vita. (...)." (doc. AI 49/3-4) Con decisione 3 novembre 2005 (doc. AI 50/1-2) l'Ufficio AI ha quindi negato all'assicurata il diritto ad una rendita e a provvedimenti professionali adducendo: "(...) Esaminati gli atti acquisiti in sede d'istruttoria, segnatamente dal profilo medico-teorico, in particolare dalle perizie specialistiche a cui è stata sottoposta, emerge giustificato riconoscere che a decorrere dal 11.12.2003 vi è una totale incapacità lavorativa, mentre che dal 10.03.2004 al 24.10.2004 si giustifica un'inabilità lavorativa del 50%. Il nostro Servizio Regionale Medico (SMR) specifica che a decorrere dal 25.10.2004 sia da considerare totalmente abile nell'attività esercitata d'impiegata d'ufficio. Non persistendo l'anno d'attesa d'incapacità lavorativa con una media almeno del 40% senza notevoli interruzioni, giustificato dal profilo medico, presupposto indispensabile come indicato all'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, il diritto ad una rendita d'invalidità non esiste. Essendo inoltre il tasso d'invalidità inferiore al minimo del 20%, non esistono neppure i presupposti per riconoscere una riqualifica professionale. Decidiamo pertanto: La richiesta di prestazioni è respinta. (...)." (doc. AI 50/2) Con opposizione 8 dicembre 2005 (doc. AI 58/1-5), tramite l'avv. RA 1, l'assicurata ha contestato la valutazione medica e prodotto il rapporto 5 dicembre 2005 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e malattie reumatiche, indirizzato al suo medico curante, la dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale. Con scritto 16 gennaio 2006 la rappresentante dell'assicurata ha trasmesso all'Ufficio AI il rapporto 9 gennaio 2006 del dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (doc. AI 67/1-3). Il 25 gennaio 2006 l'Ufficio AI ha ordinato l'esperimento di una perizia neurologica a cura del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 69/1-2). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in neurologia, nella perizia neurologica 10 aprile 2006 (doc. AI 71/1-11), posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro di "(...) sindrome dolorosa al braccio destro con: – stato da ustione alla mano destra nel 1983 con stato da interventi plastici ricostruttivi alla mano destra – stato da intervento per sindrome del tunnel carpale a destra con decorso complicato da infetto della ferita e reazione algodistrofica (2003) (...)" e, senza ripercussioni sulla capacità al lavoro di "(...) emicrania con aura visiva (...)" (doc. AI 71/6), ha formulato la seguente valutazione: "(...) All'età di 4 anni questa A. aveva subito una grave ustione alla mano destra, era stata perciò successivamente sottoposta a trapianto cutaneo e all'età di 14 anni ad un allungamento del tendine del flessore del dito medio. Praticamente fin dall'incidente accusa dolori alla mano destra che si sono però progressivamente estesi, in particolare da quando ha cominciato a lavorare come impiegata d'ufficio, a tutto il braccio destro fino alla spalla, la scapola ed anche all'emitorace destro, a volte al ginocchio sempre a destra. L'esame neurologico dettagliato mostra un reperto praticamente normale, con solo un lieve deficit di sensibilità ai polpastrelli delle dita II-III, entrambe le più colpite dall'ustione. L'esame elettroencefalografico permette di escludere una lesione maggiore dei nervi mediano e ulnare a destra, non vi sono neppure indizi clinici rispettivamente elettrofisiologici che facciano sospettare una lesione a livello del plesso brachiale destro. Le caratteristiche dei dolori non sono assolutamente tipiche per una problematica primariamente neurogena. All'esame clinico non vi sono assolutamente deficit di sensibilità che facciano sospettare un'eventuale concomitante lesione da parte del sistema nervoso centrale all'origine di dolori diffusi di questo tipo né vi sono deficit motori. Ritengo dunque di poter escludere con buona certezza che vi sia una lesione neurologica maggiore che possa spiegare i dolori della paziente, come pure il loro decorso sull'arco di tutti questi anni. Ritengo piuttosto che si tratti di un dolore

cronico sviluppatosi secondariamente ai problemi iniziali alla mano destra, la cui origine non può essere attribuita ad alcuna patologia neurologica conosciuta. In questo senso ritengo che dal punto di vista neurologico l'A. sia da considerare abile al lavoro al 100%. La prognosi a lungo termine per quel che riguarda gli aspetti neurologici è da considerare favorevole. Non ho proposte terapeutiche. La paziente presenta pure cefalee in parte con caratteristiche emicraniche: sembrano però da mettere soprattutto in relazione ai dolori più intensi al braccio destro almeno dal punto di vista temporale, anche in questo caso una patologia neurologica intreccata sottogiacente è esclusa. (...)" (doc. AI 71/7) Circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso: " (...)

1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati: - a livello psicologico e mentale Nessuna rilevabile. - a livello fisico nessuna rilevante per quel che riguarda gli aspetti neurologici. - nell'ambito sociale nessuna. 2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? Dal punto di vista neurologico non vi sono disturbi che limitino l'abilità lavorativa dell'A. 2.2 Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico. Sono praticamente intatte le funzioni neurologiche. 2.3 L'attività attuale è ancora praticabile? Sì. 2.4 Se sì, in quale misura (ore al giorno)? In misura completa. 2.5 È presente inoltre una diminuzione della capacità di lavoro? No. (...) 1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? 1.1. Se sì, La preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione In linea di principio sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico. Se no, la preghiamo di motivare - 2. È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? 2.1 Se sì, con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro)? Non ho proposte dal punto di vista neurologico. 2.2 Secondo Lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro? - 3. L'Assicurato è in grado di svolgere altre attività? Sì, senza rilevanti limitazioni dal punto di vista neurologico. 3.1 Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro dal punto di vista medico e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività? Nessuna in particolare. 3.2 In che misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno)? A tempo pieno. 3.3 È presente inoltre una riduzione della capacità di lavoro? No. (...)" (doc. AI 71/7-8) Il 1. giugno 2006 la rappresentante dell'assicurata ha trasmesso all'Ufficio AI lo scritto 29 maggio 2006 a lei indirizzato e nel quale la dr.ssa \_\_\_\_\_ si è così espressa: " (...) Mi permetto di rivolgermi a lei a finché si possa richiedere alla spettabile Assicurazione Invalidità di rivalutare la loro decisione e eseguire un consulto pluridisciplinare presso il SAM in quanto RI 1 presenta un costante e progressivo peggioramento della sintomatologia che coinvolge la spalla il braccio e la mano destra, con blocchi di tutto l'arto che si presentano in maniera ricorrente, estremamente dolorosi, con un gonfiore di tutto l'arto. Episodi che persistono per 2 settimane ca. malgrado terapia antalgica e antinfiammatoria intensa. La patologia della quale RI 1 è affetta influisce in maniera importante sia sull'attività lavorativa sia sull'attività di casalinga. Influisce nella vita sociale e sportiva RI 1 infatti rimane inabile al lavoro in misura del 50% e solo così può permettere un controllo dei dolori e dei blocchi recidivanti. Inabile in qualità di casalinga per i lavori pesanti, RI 1 non effettua più nessuna attività sportiva nemmeno il nuoto in quanto tutti gli sport peggiorano la clinica. Ritengo quindi giustificata un'inabilità lavorativa duratura al 50% malgrado la giovane età, non vedo una possibilità di riqualifica professionale e la prego di richiedere un ulteriore accertamento multidisciplinare. (...)" (doc. AI 78/2) Nel rapporto medico 12 giugno 2006 (doc. AI 80/1-6), dopo aver riassunto il caso, la dr.ssa

\_\_\_\_\_ ha osservato: " (...) Opposizione del 12.12.2005: il patrocinatore legale ritiene che 1- l'accertamento medico non sia stato sufficientemente approfondito per determinare la causa dei dolori e chiede di effettuare una valutazione peritale ortopedica e neurologica. 2- l'aspetto dei dolori cronici non sia stato sufficientemente preso in considerazione. Valutazione SMR del 22.12.2005: Ad 1. dal lato somatico il caso è sufficientemente indagato: tutti gli accertamenti specialistici eseguiti presso la \_\_\_\_\_, presso il reumatologo Dr. \_\_\_\_\_ e presso il perito reumatologo Dr. \_\_\_\_\_ hanno confermato che allo stato attuale la situazione livello della mano destra ha raggiunto il suo stato precedente, con i noti esiti da trauma compressivo-ustione, i quali comunque non giustificano diminuzione della capacità lavorativa nell'abituale attività di impiegata amministrativa. In particolare cito l'ortopedico-chirurgo della mano Dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ del 27.09.2004: "Ich denke, dass bezüglich der Handsituation das Ganze sich etabliert hat und eigentlich wenig Restprobleme bestehen." Anche per quanto concerne la sintomatologia dolorosa cervico-brachiale, tutti gli accertamenti non hanno evidenziati segni di lesioni strutturali quale causa organica. In assenza di lesioni strutturali oggettivati, non si vede quindi la necessità di procedere ad ulteriori accertamenti ortopedici o neurologici i quali, se fossero stati ritenuti necessari da parte degli specialisti nell'ambito della conduzione diagnostica-terapeutica del caso, sarebbero senz'altro già stati eseguiti. Per quanto concerne il consulto reumatologico eseguito in fase di opposizione in data 02.12.2005 presso il Dr. \_\_\_\_\_, esso si esprime in modo molto prudentiale in merito al caso non avendo alcuna documentazione a disposizione. Clinicamente costata una situazione soddisfacente a livello della mano destra: "alla mano destra è possibile riscontrare degli impianti cutanei sulla regione volare delle dita. La mano altrimenti si presenta senza particolari alterazioni, i movimenti sono completi, la forza è ben conservata. Non sembrano esserci delle particolari aderenze cutanee e sottocutanee". Le conclusioni cliniche del Dr. \_\_\_\_\_ confermano sostanzialmente le conclusioni peritali del Dr. \_\_\_\_\_ : "sotto l'aspetto reumatologico e neurologico è difficile poter ben spiegare l'origine di questi dolori cronici al braccio, in assenza di particolari danni residui oggettivabili. Si è verosimilmente sviluppata una sindrome del dolore cronico... ". Il suo giudizio in merito alla necessità di un approfondimento peritale viene espresso ignorando il fatto che il caso a livello specialistico è già stato indagato in modo approfondito (documentazione ortopedica-chirurgica della mano \_\_\_\_\_, valutazione reumatologica Dr. \_\_\_\_\_ e perizia reumatologica Dr. \_\_\_\_\_). Quindi anche la sua valutazione in merito alla capacità lavorativa si basa su una conoscenza dei fatti e della documentazione medica insufficiente, ignorando che gli accertamenti necessari sono già stati eseguiti. Riassumendo, il caso dal punto di vista somatico risulta accertato in modo sufficiente, con la conclusione che si tratta essenzialmente di una problematica del dolore cronico senza limitazioni della funzionalità dell'arto superiore tale da compromettere la capacità lavorativa in attività fisicamente leggera. (N.B. l'attività lavorativa di ricezionista/centralinista è da considerare particolarmente idonea in quanto non comporta sovraccarichi per l'arto superiore destro). Ad 2: per quanto concerne il dolore cronico, non si mette in dubbio la presenza di questa problematica: infatti, visto la presenza di dolori cronici senza danno strutturale oggettivabile l'A. è stata oggetto di una valutazione approfondita psichiatrica la quale ha portato alle conclusioni citate sopra. Non ho da aggiungere ulteriori commenti a quanto già espresso nella mia precedente presa di posizione, la quale si basa essenzialmente sui criteri di Foerster e si riferisce alla esigibilità di uno sforzo di volontà (Willensanstengung). Cfr anche Ulrich Meyer Blaser "Der Rechtsbegriff

der Arbeitsfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung" in "Schmerz und Arbeitsfähigkeit", Band 23 der Schriftenreihe del Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis in St.Gallen, Anhang 5, S.108). Valutazione SMR del 19.01.2006: Il rappresentante legale invia nuova documentazione medica in merito ad ulteriore controllo eseguito presso il Dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ del 09.01.2006: a livello soggettivo viene descritto un "ampliamento" della problematica spalla-braccio con a volte crampi con flessione delle dita lunghe. Clinicamente in confronto alle visite precedenti dal lato funzionale/motilità non ci sono cambiamenti di rilievo: motilità libera della spalla con buona attivazione del soprascapolo, infrascapolo e sottoscapolare. L'unica differenza rispetto a prima sono la presenza di massicci punti Trigger a livello scapolare, una dolenzia spiccata della parte sovraclavicolare del plesso e una spiccata sensibilità del N. mediano lungo tutto il suo decorso. Viene ancora confermata IL 50% (come d'altronde già in precedenza, ma non confermato a livello peritale). Conclusione: in confronto alle valutazioni cliniche precedenti viene ora evocato una possibile partecipazione neurologica alla problematica il problema spalla/braccio. A questo punto ritengo indicato di procedere ad valutazione peritale neurologica per determinare se si tratta essenzialmente di sintomatologia funzionale in assenza di substrato organico oppure se alla base della sintomatologia ci sia effettivamente una sofferenza neurologica oggettivabile. Perizia neurologica Dr. \_\_\_\_\_ del 10.04.2006 Escluso rilevante lesione di nervi mediano e ulnare a destra. Non vi sono nemmeno indizi per una lesione a livello del plesso brachiale. Le caratteristiche dei dolori non sono assolutamente tipiche per una problematica primariamente neurogena. L'origine dei dolori cronici non può essere attribuita ad alcuna patologia neurologica conosciuta. Dal punto di vista neurologico è presente piena capacità lavorativa. Valutazione SMR del 28.04.2006: Il caso ora è da considerare accertato in modo esauriente sia dal punto di vista somatico sia dal punto di vista psichiatrico. A livello ortopedico-reumatologico e a livello neurologico non si ha potuto oggettivare nessuna alterazione strutturale che possa spiegare l'origine dei dolori lamentati. Pure a livello psichico è assente una psicopatologia che possa giustificare una inabilità lavorativa. Dal lato medico, posso quindi confermare la valutazione precedente. Valutazione SMR del 12.06.2006: Il rappresentante legale chiede una perizia SAM in quanto la curante Dr.ssa \_\_\_\_\_ con scritto del 29.05.2006 attesta un peggioramento della sintomatologia a livello dell'arto superiore destro, ribadendo la persistenza di IL 50%. Questo peggioramento non viene oggettivato in nessun modo: vengono riportate essenzialmente le lamentele soggettive senza descrizione di un correlato morfologico-eziologico. Ritengo che con tutti gli accertamenti specialistici già eseguiti a livello ortopedico, reumatologico, neurologico e psichiatrico che hanno escluso una patologia invalidante, il caso effettivamente sia da considerare accertato in modo esauriente e non chiede ulteriori approfondimenti e vada definito dal lato amministrativo il più celermente possibile." (doc. AI 80/4-6) L'Ufficio AI, con decisione su opposizione 19 aprile 2007 (doc. AI 88/1-8), ha quindi confermato il rifiuto a prestazioni. Con il presente ricorso l'assicurata ha contestato la valutazione medica, ribadito la necessità di ulteriori accertamenti specialistici e postulato il riconoscimento del diritto ad una mezza rendita.

2.9. Affinché 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 ( STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25

febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 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. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). 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 DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 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). 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) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 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 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). 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 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 1997, p. 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 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e 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 premorbo, 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 suddetti 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; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04, consid. 1.2).

2.10. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti interpellati dall'Ufficio AI, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla sua capacità lavorativa del 100% nella sua attività esercitata a contare dal mese di ottobre 2004. Le dettagliate ed approfondite valutazioni dei periti interpellati non sono state validamente smentite da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie e/o un peggioramento delle sintomatologie.

2.10.1. Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia 3 ottobre 2005 (doc. AI 45/1-17), ha rilevato che "(...) non sono emersi elementi indicativi di una patologia psichiatrica attuale, ad eccezione di una amnesia dissociativa (ICD 10: F 44.0) legata esclusivamente all'evento traumatico ed alle sue iniziali terapie e non influenzante la capacità di lavoro. (...)" (doc. AI 45/6) e, nel complemento 24 ottobre 2005 (doc. AI 48/1-2), ha precisato che "(...) la peritanda non risulta affetta da una sindrome somatoforme da dolore persistente, così come intesa dal punto di vista psichiatrico e codificata dall'ICD 10. Stando ai criteri dell'ICD 10 non ho rilevato conflitti emozionali o problemi psicosociali di tale entità, da essere considerati, se non causali, almeno in associazione con il dolore. Dal punto di vista della struttura psicologica, la peritanda non mostra le caratteristiche generalmente rilevabili in pazienti con sindromi somatoformi: scarso accesso alle emozioni e difficoltà di esprimerle, rigidità di pensiero, scarsa capacità di immaginazione e di fantasia. Ribadisco, quindi, che la paziente non presenta una patologia psichiatrica che comporti un'inabilità lavorativa. (...)" (doc. AI 48/1, sottolineature del redattore). Le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ non sono state smentite e/o contestate da nessun altro specialista del ramo. Al riguardo occorre ricordare che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di

apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). 2.10.2. Per quanto riguarda l'aspetto reumatologico il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia 24 giugno 2005 (doc. AI 43/1-7), ha concluso che "(...) in pratica, dal lato reumatologico non vi sono dei limiti per quanto riguarda un'attività lavorativa leggera d'ufficio, di segretaria, di telefonista o ricezionista. (...)" e precisato che "(...) non si può attualmente ritenere alcuna incapacità lavorativa per quanto riguarda la sua professione di segretaria e anche per la sua ultima occupazione di centralinista/ricezioni-sta. (...)" (doc. AI 43/6). Ritenuto che lo status descritto e le diagnosi poste dal dr. \_\_\_\_\_ sono sovrapponibili a quelle già riportate dal dr. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto 25 ottobre 2004 all'intenzione del dr. \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (doc. AI 36/3-5), è a ragione che l'Ufficio AI ha concluso che dal 25 ottobre 2004 l'assicurata, da un punto di vista reumatologico, è abile al 100% nella sua attività esercitata. Anche la dr.ssa \_\_\_\_\_, avuto riguardo alla perizia reumatologica 24 giugno 2005 del dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto medico 27 ottobre 2005 (doc. AI 49/1-4), ha, in particolare, concluso che "(...) dal 25.10.2004 (valutazione reumatologica Dr. \_\_\_\_\_ che ha escluso lesioni strutturali rilevanti ed ha evidenziato uno stato di salute sostanzialmente invariato in confronto a quello presente attualmente) l'A. è da considerare di nuovo abile al lavoro in forma completa. (...)" (doc. AI 49/3). Non è possibile concludere diversamente neanche avuto riguardo al rapporto 5 dicembre 2005 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e malattie reumatiche, indirizzato alla dr.ssa \_\_\_\_\_ (doc. AI 58/9-11). Il dr. \_\_\_\_\_, a prescindere dalle considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia degli assicurati (cfr. in proposito consid. 2.9), non ha posto delle diagnosi sulle quali non si sia già espresso il perito, ha escluso una fibromialgia e, soprattutto, non ha documentato e esposto chiaramente le ragioni per le quali egli giunge ad una valutazione diversa rispetto al dr. \_\_\_\_\_ limitandosi a concludere, in modo del tutto generico, che "(...) per quanto concerne il problema legato all'AI, ritengo che il caso sia stato deciso senza ben valutare la sua complessa patologia. Innanzitutto riterrei necessaria un'attenta valutazione peritale ortopedica, neurologica e evtl. reumatologica. Inoltre ritengo assolutamente indicata una corretta valutazione delle sue possibilità di reintegrazione e/o riqualifica professionale con l'aiuto di un collocatore. A mio parere nell'attuale attività di segretaria d'ufficio è giustificata un'incapacità lavorativa del 50%. (...)" (doc. AI 58/1). La dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto medico 22 dicembre 2005 (doc. AI 62/1-5), ha, in particolare, rilevato che "(...) per quanto concerne il consulto reumatologico eseguito in fase di opposizione in data 01.12.2005 presso il dr. \_\_\_\_\_, esso si esprime in modo molto prudente in merito al caso non avendo alcuna documentazione a disposizione. [...] Le conclusioni cliniche del Dr. \_\_\_\_\_ confermano sostanzialmente le conclusioni peritali del Dr. \_\_\_\_\_ [...] il caso dal punto di vista somatico risulta accertato in modo sufficiente, con la conclusione che si tratta essenzialmente di una problematica del dolore cronico senza limitazioni della funzionalità dell'arto superiore tale da compromettere la capacità lavorativa in attività fisicamente leggera. (N.B. l'attività lavorativa di ricezionista/centralinista è da considerare particolarmente idonea in quanto non comporta sovraccarichi per l'arto superiore destro). (...)" (doc. AI 62/5). Va qui ricordato che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza

tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Sempre il dr. \_\_\_\_\_, anche nel certificato medico 22 febbraio 2006 trasmesso direttamente all'Ufficio AI, non ha attestato nulla di nuovo e, ribadita l'esclusione di una sindrome algica diffusa di carattere fibromialgico, senza tuttavia documentare e motivare compiutamente, ha concluso che "(...) a causa delle conseguenze dell'ustione e dei successivi interventi plastici, ritengo che l'assicurata non sia più in grado di svolgere lavori pesanti o ripetitivi che necessitano l'utilizzo del braccio per oltre 4h giornaliera. Questo vale anche per l'attività da lei svolta quale impiegata d'ufficio (non è infatti pensabile che possa lavorare per l'intero arco della giornata davanti ad una tastiera del PC). Lavori ripetitivi e prolungati hanno sempre scatenato intensi dolori e tendinite a catena nell'intero braccio, le quali hanno poi necessitato di adeguate terapie locali e sistemiche. Vi prego perciò di rivalutare la vostra presa di posizione, visto che la richiesta AI da lei inoltrata è stata recentemente rifiutata. (...)" (doc. AI 70/1). 2.10.3. Per quanto riguarda l'aspetto neurologico il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia 10 aprile 2006 (doc. AI 71/1-11), poste le diagnosi note, alla domanda volta a sapere come si ripercuotono i disturbi sull'attuale attività dell'assicurata ha risposto che "(...) dal punto di vista neurologico non vi sono disturbi che limitano l'abilità lavorativa dell'A. (...)" (doc. AI 71/7). 2.10.4. Non è infine neppure possibile concludere per un'inabilità lavorativa anche avuto riguardo allo scritto 29 maggio 2006 della dr.ssa \_\_\_\_\_ indirizzato all'avv. RA 1 (doc. AI 78/2). Infatti, a prescindere dalle considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia degli assicurati (cfr. in proposito consid. 2.9), la dr.ssa \_\_\_\_\_ non pone delle diagnosi nuove e, anche se attesta – senza tuttavia debitamente documentarlo e motivarlo – un progressivo peggioramento della sintomatologia, conclude per la medesima inabilità lavorativa del 50% già attestato nel precedente allegato al rapporto medico 7 luglio 2003 (doc. AI 18/3). Al riguardo la dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto medico 12 giugno 2006 (doc. AI 80/1-6), posto come la dr.ssa \_\_\_\_\_ attesta un peggioramento della sintomatologia a livello dell'arto superiore destro e ribadisce la persistenza di una incapacità al lavoro del 50%, ha concluso che "(...) questo peggioramento non viene oggettivato in nessun modo: vengono riportate essenzialmente le lamentele soggettive senza descrizione di un correlato morfologico-eziologico. (...)" (doc. AI 80/6). 2.10.5. In conclusione, rispecchiando le perizie ordinate dall'Ufficio AI (perizia reumatologica 24 giugno 2005 del dr. \_\_\_\_\_, perizia psichiatrica 3 ottobre 2005 del dr. \_\_\_\_\_ e

perizia neurologica 10 aprile 2006 del dr. \_\_\_\_\_) i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6 e 2.9), alle stesse può essere fatto riferimento. Inoltre, non essendo l'interessata affetta da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare la sua capacità al lavoro. In particolare, riguardo alla pretesa dell'assicurata secondo la quale "(...) occorre considerare il dolore cronico come definitivamente accertato e riconosciuto al pari di una malattia a se stante (...)" (doc. I, pag. 5), a prescindere dal carattere della questione puramente medica, il TCA si limita qui a rinviare alla pertinente osservazione formulata al proposito dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel rapporto 19 gennaio 2006: "(...) per quanto concerne il dolore cronico, non si mette in dubbio la presenza di questa problematica: infatti, visto la presenza di dolori cronici senza danno strutturale oggettivabile l'A. è stata oggetto di una valutazione approfondita psichiatrica la quale ha portato alle conclusioni citate sopra. Non ho da aggiungere ulteriori commenti a quanto già espresso nelle mia precedente presa di posizione, la quale si basa essenzialmente sui criteri di Foerster e si riferisce all'esigibilità di uno sforzo di volontà (Willensanstrengung). (...)" (doc. AI 68/5). E' dunque a ragione che l'Ufficio AI ha concluso per un'abilità al lavoro del 100% nella sua professione a contare dal 25 ottobre 2004. 2.11. Considerata una capacità lavorativa del 100% nella sua professione a contare dal 25 ottobre 2004, a ragione, conformemente alla giurisprudenza citata (cfr. consid. 2.3 e 2.4), all'assicurata non è stato riconosciuto alcun diritto a provvedimenti d'integrazione. 2.12. Avuto poi riguardo all'incapacità al lavoro del 100% dall'11 dicembre 2003 al 10 marzo 2004 e del 50% dall'11 marzo al 25 ottobre 2004, conformemente a quanto disposto dall'art. 29 LAI (cfr. consid. 2.7), pure a ragione, l'Ufficio AI le ha negato il diritto ad una rendita non essendo giustificato un periodo di incapacità al lavoro di almeno il 40% in media per un anno senza notevoli interruzioni. 2.13. L'assicurata ha chiesto l'espletamento di ulteriori accertamenti medici e meglio: l'allestimento di una "perizia psichiatrica", di una "perizia ortopedica", di una "perizia sullo stato di salute generale" e dell'audizione della dr.ssa \_\_\_\_\_. Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Per quanto riguarda la domanda di una nuova perizia psichiatrica, ribadito che il principio inquisitorio non è assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (cfr. consid. 2.10.1), va qui evidenziato che l'assicurata non ha prodotto e/o documentato in alcun modo un peggioramento della situazione valetudinaria sotto questo aspetto rispetto alle conclusioni cui è giunto il perito psichiatrico. D'altra parte, per il solo fatto che il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia psichiatrica 3 ottobre 2005, abbia osservato che "(...) non sono in grado di esprimermi sulla prognosi. Ritengo pertanto che la peritanda debba essere rivalutata nel tempo. (...)" (doc. AI 45/8), non è ancora possibile concludere per un chiaro obbligo per l'Ufficio AI di procedere in questo senso e, soprattutto, nemmeno è dato a sapere quanto

esattamente una rivalutazione sarebbe necessaria. Per quanto riguarda la richiesta di una perizia ortopedica va qui evidenziato che il dr. \_\_\_\_\_, capo clinica del reparto di ortopedia e chirurgia della mano della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dopo aver segnalato la necessità di approfondimenti di natura reumatologica e neurologica (doc. AI 32/1-2 e 65/1-2), non ha mai indicato la necessità di un accertamento ortopedico. Nemmeno gli specialisti reumatologi, dr. \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_, hanno segnalato la necessità di accertamenti in questo senso. Nella misura in cui, con la domanda di una “perizia sullo stato di salute generale”, pretende l’allestimento di una perizia pluridisciplinare, già si è detto che alle perizie ordinate dall’Uffici-cio AI (perizia reumatologica 24 giugno 2005 del dr. \_\_\_\_\_, perizia psichiatrica 3 ottobre 2005 del dr. \_\_\_\_\_ e perizia neurologica 10 aprile 2006 del dr. \_\_\_\_\_) va riconosciuta forza probatoria piena. Ritenuto poi che tutti i periti hanno concluso per una abilità al lavoro del 100% nella sua professione nemmeno si tratta di stabilire la capacità lavorativa globale di un’assicurata che soffre di diverse patologie con influsso sulla capacità lavorativa. Ribadita infine la chiarezza e la concludenza della documentazione medica versata agli atti nemmeno appare necessario procedere all’audizione della dr.ssa \_\_\_\_\_. Il TCA rinuncia pertanto agli accertamenti giudiziari richiesti. 2.14. 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 fr. 200.-- sono poste a carico della ricorrente.

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