

TI_GERICHTE 32.2007.285 vom 25. Juli 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-07-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.285

FR: TI_GERICHTE 32.2007.285 du 25 juillet 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.285 del 25 luglio 2007

Regeste

UAI, in via di revisione, ha soppresso la rendita intera di cui beneficiava l'assicurata, ritenendola, in base alla perizia SAM, inabile al lavoro al 25% nella sua attività: il TCA ritiene tuttavia che l'aspetto neurologico non sia stato sufficientemente valutato. Rinvio per nuovi accertamenti medici

Erwägungen

E. 1

LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione

della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid.

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). 2.5.

Nell'evenienza concreta, l'assicurata aveva inizialmente beneficiato di una rendita intera d'invalidità, per un'inabilità al lavoro del 100%, in quanto affetta, come risultava dalla perizia neurologica e neuropsicologica del dr. _____ del 7 agosto 2002, da disturbi neuropsicologici (cfr. doc. 28- 16, in cui si riassume che “ dall'esame neuropsicologico emergono un marcato rallentamento, dei disturbi dell'attenzione caratterizzati da rallentamento e fluttuazioni dell'attenzione ai tempi di reazione, difficoltà di attenzione divisa, rendimento deficitario ad un test di concentrazione sostenuta ed affaticabilità eccessiva, dei disturbi da moderati a severi della memoria verbale e visuo-spaziale e moderata riduzione della memoria verbale a breve termine, un risultato severamente deficitario ad un test di ragionamento visuo-spaziale da mettere comunque in relazione con il rallentamento ed i disturbi di attenzione ”). Dal punto di vista neurologico, per contro, il dr. _____ non aveva riscontrato la presenza di patologie invalidanti, indicando che “ l'attuale esame neurologico è completamente nella norma ” (doc. 28-16). Il dr. _____ aveva quindi ritenuto l'assicurata, a causa dei disturbi neuropsicologici riscontrati, inabile al 100% nella sua precedente professione e in qualsiasi altra, evidenziando che la prognosi era incerta vista la persistenza dei dolori ormai da 5 anni (doc. 28-17). L'assicurata era pure stata sottoposta ad un esame peritale in ambito reumatologico, affidato al dr. _____, spec. FMH in reumatologia. Nel rapporto peritale del

E. 2.9

Dopo attenta analisi degli atti, questo Tribunale ritiene che la documentazione medica su cui si è fondata l'amministrazione per concludere che vi è stato un miglioramento delle condizioni di salute dell'interessata, giustificante, in via di revisione, la soppressione della rendita, difetta della necessaria forza probante . Al riguardo, occorre innanzitutto ricordare che, secondo la giurisprudenza (cfr. DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, come nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Nel caso concreto si tratta quindi della decisione con la quale all'assicurata è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera dal 1° settembre 2000, a causa dei disturbi neuropsicologici attestati dal dr. _____ nel rapporto peritale del 7 agosto 2002, che determinavano una inabilità lavorativa del 100% (doc. 28/1-19). Si tratta quindi di verificare se, da allora, è intervenuto un importante cambiamento. Al riguardo, va rilevato che l'Ufficio AI, in sede di revisione – visto lo scritto del 27 dicembre 2005 del dr. _____ (doc. 48/1-3) – ritenendo opportuno valutare, come indicato dal dr.

_____ del SMR nelle sue annotazioni dell'8 maggio 2006, sia l'aspetto reumatologico, sia quello neuropsicologico (cfr. doc. 51-1), ha disposto una perizia pluridisciplinare presso il SAM (doc. 56/1-13). 2.9.1. Nel suo consulto reumatologico del 16 ottobre 2006 il dr. _____, dopo avere ricordato di avere già valutato l'assicurata nel giugno 2002 – ritenendo allora che l'assicurata non presentasse dal punto di vista strettamente reumatologico alcuna patologia invalidante (21/1-6) - ha attestato uno stato clinico pressoché invariato, giungendo alla conclusione che, da un punto di vista strettamente reumatologico, l'assicurata sia completamente abile al lavoro (doc. 56-28). A mente del TCA, non vi è ragione per mettere in discussione tale valutazione, approfondita e motivata, che del resto non è nemmeno stata contestata dalla ricorrente.

E. 2.9.2

Per quanto concerne la patologia psichiatrica, nel suo consulto del 12 ottobre 2006, il dr. _____ ha posto la diagnosi di “sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)”, ritenendo l'assicurata, per tali motivi, inabile al lavoro al 20%, a partire dal mese di gennaio 2005 (doc. 56-22). Il TCA non ha motivi per scostarsi nemmeno da questa valutazione specialistica, approfondita e motivata, che del resto non è stata contestata dalla ricorrente. 2.9.3. Quanto alla patologia neurologica-neuropsicologica, nel suo consulto del 16 ottobre 2006 il dr. _____, posta la diagnosi di “stato da trauma distorsivo cervicale (19.7.1997) con sindrome cervicale cronica e deficit cognitivi di entità al massimo lieve e poco rilevanti dal punto di vista funzionale”, ha considerato l'assicurata inabile al lavoro al massimo al 20%-30% (doc. 56-17). Il TCA rileva che il dr. _____, così come del resto già valutato dal dr. _____ nel suo consulto peritale neurologico del 7 agosto 2002 (cfr. doc. 28/1-19), ha considerato che, dal punto di vista neurologico, l'interessata non presenti delle patologie invalidanti (doc. 56-16). Il dr. _____, per contro, contrariamente a quanto considerato dal dr. _____ nel suo referto peritale del 7 agosto 2002 (cfr. doc. 28/1-19), ha ritenuto che l'interessata presenti solo dei lievi deficit cognitivi, in grado di limitare il rendimento dell'interessata al massimo nella misura del 20%-30% (doc. 56-17). Tale conclusione è stata presa dal dr. _____, nonostante i risultati dell'esame neuropsicologico del 6 ottobre 2006 eseguito presso la Clinica _____ di _____ siano rimasti sostanzialmente invariati rispetto all'agosto 2002. Come correttamente indicato dal patrocinatore dell'assicurata, difatti, nel referto del 7 agosto 2002 il dr. _____ e la neuropsicologa _____ erano giunti alla conclusione che l'assicurata presentasse dei disturbi neuropsicologici che limitavano sensibilmente la sua capacità lavorativa, rendendola totalmente inabile al lavoro, a causa di un marcato rallentamento; di disturbi dell'attenzione caratterizzati da rallentamento e fluttuazioni dell'attenzione ai tempi di reazione; di difficoltà di attenzione divisa; di un rendimento deficitario ad un test di concentrazione sostenuta e di un'affaticabilità eccessiva; di disturbi da moderati a severi della memoria verbale e visuo-spaziale e di una moderata riduzione della memoria verbale a breve termine; di un risultato deficitario ad un test di ragionamento visuo-spaziale da mettere comunque in relazione con il rallentamento e di disturbi di attenzione (doc. 28-16). Tali considerazioni sono poi state ribadite dalla neuropsicologa _____ nella valutazione neuropsicologica del 6 ottobre 2006 (doc. B). Nel rapporto del 16 ottobre 2006, difatti, la neuropsicologa è giunta alla conclusione che “ l'attuale valutazione neuropsicologica (...) conferma la presenza di deficit cognitivi, già messi in evidenza nel luglio 2002 ”, aggiungendo che i deficit neuropsicologici dell'interessata “ sono sempre costituiti da dei deficit dell'attenzione caratterizzati da rallentamento e fluttuazioni dell'attenzione all'esame dei tempi di reazione, difficoltà di

attenzione protratta nel tempo (sostenuta) e in situazioni in cui la paziente deve svolgere 2 compiti simultaneamente (attenzione divisa); dei disturbi della memoria anterograda a lungo termine verbale e visuo-spaziale e una netta riduzione della memoria a breve termine (span) verbale. Rileviamo che i risultati ottenuti al Test of Memory Malingering (TOMM) e al Digit Span sono compatibili con un certo sovraccarico dei disturbi mnesici; un risultato severamente deficitario ad un test di ragionamento visuo-spaziale (matrici progressive di Raven); un rallentamento riscontrabile a diversi test cronometrati (denominazione e lettura cronometrata, Parte B del Trail Making test, fluenza verbale semantica) ” (doc. B, sottolineatura della redattrice). Nonostante tali conclusioni, sostanzialmente invariate rispetto al 2002, il dr. _____ ha ritenuto che, vista la chiara discrepanza fra i disturbi relativamente importanti descritti nei test neuropsicologici e l’impressione clinica durante l’esame della paziente, siano presenti tutt’al più solo lievi deficit cognitivi, sottolineando che la questione relativa all’effettiva origine organica dei deficit cognitivi dopo traumi distorsivi cervicali è tuttora irrisolta nella letteratura medica e aggiungendo che “ anche nella letteratura medica recente si sottolinea l’importanza di non basare la valutazione esclusivamente sui test neuropsicologici, i cui risultati sono influenzati negativamente anche da fattori quali mancanza di motivazione e concomitanti problemi medico-legali ” (doc. 56-16). A proposito delle considerazioni del dr. _____, il TCA ricorda che la giurisprudenza federale sviluppata, in materia LAINF, sul nesso di causalità in relazione a deficit cognitivi dopo traumi distorsivi cervicali ha stabilito che non è sufficiente basare la valutazione esclusivamente sui test neuropsicologici, ma occorre una valutazione combinata neurologica e neuropsicologica (cfr. al riguardo DTF 134 V 109 c. 9.5.; STF U 273/06 del 9 agosto 2006; D. Cattaneo, “Sentenze recenti del Tribunale cantonale delle assicurazioni” in Temi scelti di diritto delle assicurazioni sociali Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2006 pag. 148 e segg. (148-153)), ciò che, nel presente caso, è stato ad esempio fatto nel 2002 (cfr. Doc. 28-1). L’assicurata ha contestato le conclusioni del perito neurologo, evidenziando la stazionarietà dei suoi disturbi neuropsicologici, come riscontrato nella valutazione neuropsicologica dell’ottobre 2006. L’assicurata, inoltre, ad ulteriore prova dell’inattendibilità delle conclusioni del dr. _____, ha trasmesso al TCA una presa di posizione del dr. _____, Primario di neurologia della Clinica _____, il quale ha osservato che peggioramenti o meglio variazioni di intensità della sintomatologia sono possibili anche dopo anni nella sintomatologia postraumatica a livello della sintomatologia algica e dei deficit neuropsicologici (doc. C). Il dr. _____ ha poi sottolineato che “ per quanto riguarda l’impressione spontanea fatta dalla paziente ai medici del SAM, di persona non sofferente di disturbi neuropsicologici, rispecchia la situazione tipica di una sintomatologia che “non si vede” facilmente, ma è da considerare importante e la si può verificare appunto con una testologia adatta ” (doc. C). Il dr. _____ ha quindi ritenuto l’assicurata abile al lavoro al 25%, con possibilità di aumentare in futuro tale percentuale al 50% (doc. C). Il dr. _____ ha pure predisposto una nuova valutazione neuropsicologica dell’interessata, avvenuta il 23 agosto 2007. Nel referto del 3 settembre 2007, la neuropsicologa _____ ha avuto modo di nuovamente ribadire le conclusioni cui era già giunta in passato, evidenziando che “ i disturbi neuropsicologici della paziente sono costituiti essenzialmente da deficit dell’attenzione e della memoria che, seppure con leggere variazioni, sono stabili dalla prima valutazione del luglio 2002 ad oggi. Essi sono suscettibili di ridurre il rendimento durante lo svolgimento di un’attività lavorativa in qualità di impiegata di commercio e limitano di conseguenza la capacità lavorativa della paziente ” (doc. C1, sottolineatura della redattrice). In tale rapporto, infatti, è stato

evidenziato che, nonostante la presenza di lievi miglioramenti rispetto all'esame dell'ottobre 2006, persistono comunque dei deficit neuropsicologici caratterizzati da " dei deficit dell'attenzione selettiva e sostenuta con affaticabilità mentale eccessiva; dei disturbi della memoria anterograda a lungo termine verbale e visuo-spaziale e dei deficit della memoria a breve termine (span) verbale. La memoria a breve termine visuo-spaziale è per contro nella norma; un rallentamento psicomotorio che può essere evidenziato a diverse prove cronometrate, denominazione in conflitto con la lettura, fluenza verbale fonetica e semantica) " (doc. C1). Per consolidata giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 127 V 251 consid. 4d, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). In concreto il referto neurologico del 3 settembre 2007 del dr. _____ e la valutazione neuropsicologica del 3 settembre 2007 della psicologa _____ sono posteriori alla decisione impugnata (del 25 luglio 2007). Tuttavia, occorre rilevare che in tali referti viene ribadita la sostanziale stazionarietà dei disturbi neuropsicologici dell'interessata dal 2002 in poi e quindi facendo riferimento alla situazione precedente la decisione impugnata. Pertanto, potendo il referto del dr. _____ e la valutazione della neuropsicologa _____ permettere di accertare lo stato di salute dell'assicurata antecedente al provvedimento contestato, tali rapporti sono rilevanti ai fini del presente giudizio. Essi sono suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 23 aprile 2007 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Tutto ben considerato, quindi, questo Tribunale non può ritenere probante la perizia neurologica del dr. _____ - il quale ha ritenuto essere presenti, al massimo, solo lievi deficit cognitivi, poco rilevanti - contraddetta in maniera motivata dalla valutazione specialistica del dr. _____ e supportata dalle valutazioni neuropsicologiche della Clinica _____ - a mente dei quali i deficit cognitivi dell'interessata sono importanti e, unitamente alla sindrome algica cervicale e alle importanti cefalee secondarie alla patologia cervicale, limitano in maniera rilevante la capacità lavorativa dell'interessata. Vista la divergenza di opinioni fra il perito, dr. _____, e il parere del dr. _____ e alla luce delle valutazioni neuropsicologiche della Clinica _____, che confermano una stazionarietà dei disturbi cognitivi dal 2002 in poi, questo Tribunale ritiene che il presente caso non possa essere deciso fondandosi esclusivamente sulla perizia del dottor _____. È vero che i medici del SMR hanno ripetutamente confermato la validità della valutazione peritale esperita dal dr. _____ per il SAM, nonostante le conclusioni della valutazione neuropsicologica della Clinica _____ dell'ottobre 2006. Nelle sue annotazioni del 25 maggio 2007 il dr. _____ ha affermato infatti che " una valutazione neuropsicologica è un supporto ad una globale valutazione di tipo neurologico da parte del perito specialista (...) e così è stato nel caso dell'assicurata RI 1 dove il neurologo competente dr. _____ prende posizione ben precisa riguardo l'abilità lavorativa includendo in essa anche la valutazione neuropsicologica dell'ottobre 2006 effettuata a _____ " (doc. 65-1). Il dr. _____ ha poi aggiunto che " dopo queste osservazioni a complemento delle osservazioni riportate dall'avvocato di parte e dopo avere riletto il SAM, personalmente lo reputo coerente nelle sue valutazioni e conclusioni globali mentre le osservazioni dell'avvocato non portano significativi accertamenti o certificati medici che mettano in dubbio la valutazione del SAM " (doc. 65-1). Il dr. _____, dal canto suo, nelle

annotazioni del 21 settembre 2007, ha tra l'altro considerato incompleta la valutazione effettuata nel 2002, visto che mancava una valutazione psichiatrica e dato che il dr. _____ ha ripreso nella sua valutazione " in modo acritico i disturbi riscontrati nell'esame neuropsicologico (...) ", aggiungendo che " l'attuale perizia SAM valuta in modo dettagliato il caso e giustifica in modo dettagliato le ragioni per le quali ci si discosta dalla valutazione peritale del 2002. A conferma di una eccessiva valutazione dell'inabilità lavorativa da parte del dr. _____ è anche da valutare la presa di posizione del dr. _____, il quale attesta in sede di ricorso una capacità lavorativa del 25%-50% " (doc. IV/1). Al riguardo, il TCA rileva tuttavia che non essendo specialisti in neurologia, l'apprezzamento della rilevanza o meno dei certificati specialistici del dr. _____ a fronte della valutazione peritale del dr. _____ non era di competenza né del dr. _____, né del dr. _____ (cfr. sul tema della specializzazione dei medici del SMR: STF I 142/07 del 20 novembre 2007 e STF I 65/07 del 31 agosto 2007). Alla luce di quanto qui sopra esposto, secondo questo Tribunale, vista la discordanza esistente tra le valutazioni specialistiche del dr. _____ e quelle del dr. _____, supportate dalla valutazione neuropsicologica della neuropsicologa _____, non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata, dal punto di vista neurologico, giustifichi una incapacità lavorativa solo del 25%, come stabilito dal dr. _____. 2.9.4. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560) , il quale ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche . Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale ha ricordato - facendo riferimento a una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un ulteriore approfondimento a livello neurologico e

neuropsicologico, presso un centro ospedaliero universitario, inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa della ricorrente, al fine di stabilire se vi è realmente stato un miglioramento rispetto alla precedente decisione. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. Le richieste di audizione testimoniale del dr. _____ e di espletamento di una perizia giudiziaria di natura neurologica formulate dal patrocinatore dell'interessata (VI) sono quindi superate dal rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti di natura medica. 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 sono poste a carico dell'Ufficio AI. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dall'avv. RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

E. 5

giugno 2002, il dr. _____, posta la diagnosi di “sindrome cervico-vertebrale e cervico-cefale con episodi a carattere neuro-vegetativo in paziente con stato dopo colpo di frusta avvenuto in data 19.7.1997”, aveva considerato che dal punto di vista strettamente reumatologico non vi fossero indicazioni cliniche e radiologiche tali da giustificare un'incapacità lavorativa nella precedente attività di impiegata di commercio, aggiungendo che “ l'esame clinico è molto blando e i reperti radiologici sono praticamente normali. Dobbiamo comunque ritenere che le asserzioni della paziente siano credibili. Ritengo quindi importante che si possa associare alla perizia reumatologica anche una perizia neurologica ed una valutazione neuropsicologica. Questo per meglio identificare gli eventuali disturbi neurovegetativi (emicranie) e neuropsicologici (disturbi di concentrazione) ” (doc. 21-5). 2.6. Avviata nell'ottobre 2005 una procedura di revisione, l'Ufficio AI ha interpellato il medico curante dell'assicurata, dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale in data 27 dicembre 2005 ha affermato che lo stato di salute dell'interessata continuava a presentare una sintomatologia del dolore cronico, riferibile alla nota sindrome fibromialgica, senza tuttavia esprimersi sulla capacità lavorativa residua, indicando al riguardo di ritenere necessario “ sottoporre il quesito al medico che aveva peritato l'assicurata da ultimo nel 2002 ” (doc. 48-3). Ritenendo indicata una perizia pluridisciplinare, l'amministrazione ha deciso di affidare al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____), quella neurologica (dr. _____) e quella psichiatrica (dr. _____). L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 9 ottobre 2006, ha posto le diagnosi di “sindrome cervicovertebrale e cervicocefale con episodi a carattere neurovegetativo e neuropsicologico in paziente con stato dopo colpo di frusta avvenuto in data 19.7.1997; sviluppo di un reumatismo delle parti molli con un quadro tendenzialmente riportabile ad una fibromialgia” (doc. 56-27). Il dr. _____, il quale aveva già avuto modo di visitare l'interessata nel maggio 2002, ha considerato che, vista la situazione clinica, i disturbi accusati e i reperti delle indagini antecedenti di tipo radiologico e neurologico, non vi siano state sostanziali modifiche dei disturbi e dei reperti patologici. Lo specialista ha infatti riscontrato dei disturbi a livello della colonna cervicale sostanzialmente invariati, così come una evoluzione tipica della tendenza ad una generalizzazione dei disturbi, già riscontrata nel

2002, verso una fibromialgia. Il dr. _____ ha quindi concluso che, dal punto di vista strettamente reumatologico, l'assicurata va considerata pienamente abile al lavoro nella sua precedente attività di impiegata di commercio e in altre attività, così come pure nell'attività di casalinga (doc. 56-28). L'aspetto psichico è invece stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 12 ottobre 2006, posta la diagnosi di "sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)", ha ritenuto l'interessata, sotto il profilo strettamente psichiatrico, inabile al lavoro al 20%, a partire dal mese di gennaio 2005 (doc. 56-22). Il dr. _____ ha rilevato che la diminuzione della capacità lavorativa è data soprattutto dalla sintomatologia algica, che rende l'assicurata maggiormente affaticabile e più lenta nell'esecuzione delle mansioni (doc. 56-22). Il dr. _____ ha infine osservato che "potrebbe essere utile un sostegno psicoterapico, anche se questa indicazione è incompatibile con il sistema di credenze dell'assicurata. Dichiara di avere un rapporto di fiducia con la sua pranoterapeuta e che questo rapporto le serve come sostegno psicologico in modo adeguato" (doc. 56-22). Infine, l'aspetto neurologico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 16 ottobre 2006, ha posto la diagnosi di "stato da trauma distorsivo cervicale (19.07.1997) con sindrome dolorosa cervicale cronica e deficit cognitivi di entità al massimo lieve e poco rilevanti dal punto di vista funzionale" (doc. 56-17). Il dr. _____ ha rilevato che, così come già riscontrato in occasione di precedenti valutazioni neurologiche, l'esame neurologico oggettivo è risultato perfettamente normale. In assenza di deficit ai nervi cranici, di deficit sensitivo-motori agli arti, di disturbi della coordinazione e della marcia, il dr. _____ ha quindi concluso che l'assicurata può lavorare al 100% (doc. 56-16). Quanto alla presenza di deficit cognitivi, il dr. _____ ha rilevato che, nonostante la valutazione neuropsicologica eseguita presso la Clinica _____ di _____ il 6 ottobre 2006 abbia mostrato un reperto essenzialmente sovrapponibile a quello del 2002, vi sono tuttavia degli elementi oggettivi in favore di un problema funzionale e non organico. Il dr. _____ ha quindi ritenuto discutibile la conclusione che il trauma distorsivo del luglio 1997 possa avere determinato deficit cognitivi di entità tale da impedire all'assicurata di lavorare. Lo specialista ha poi osservato che vi sono chiare discrepanze tra i disturbi relativamente importanti descritti ai test neuropsicologici e l'impressione clinica che si ha durante il colloquio e l'esame della paziente, allorquando non si ha l'impressione che vi siano difficoltà dal punto di vista cognitivo. L'interessata, a mente del dr. _____, risulta infatti adeguata durante tutta la visita con risposte pertinenti, precise e dettagliate e non sembra particolarmente sofferente. Sulla base di tali osservazioni, quindi, il dr. _____ ha considerato che, anche volendo ammettere, con una certa generosità, che vi siano dei deficit cognitivi organici sottogiacenti, di lieve entità, l'assicurata vada comunque considerata inabile al lavoro al massimo al 20%-30% (doc. 56-17). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 19 dicembre 2006, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "stato da trauma distorsivo cervicale il 19 luglio 1997 con sindrome dolorosa cervicale cronica e deficit cognitivi; sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)", mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di "sviluppo di un reumatismo delle parti molli, con quadro tendenzialmente riportabile ad una fibromialgia" (doc. 56-9). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata inabile al lavoro al 25% nella sua precedente attività di impiegata di commercio e in altre attività (doc. 56-12+13). Nelle sue

annotazioni del 2 aprile 2007, il dr. _____ del SMR, spec. FMH in medicina interna (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha osservato: " Siamo in 1. revisione d'ufficio di R 80% dal 9.2000 dopo trauma distorsivo cervicale del 7.1997 con IL definitiva e stop lavorativo solo dal 2000. Ho letto attentamente la valutazione clinica, gli status specialistici con le limitazioni funzionali presenti e le conclusioni sulle esigibilità residuali citate nel SAM 10.2006 (reumatologico, psichiatrico e neurologico) e personalmente le ritengo coerenti e ben redatte ed ottemperanti i criteri di qualità richiesti ad una perizia neutrale pluridisciplinare quale un SAM. Dopo le valutazioni attuali del SAM si giustifica una IL 25% per ogni tipo di attività per diminuito rendimento lavorativo a causa del danno neuropsicologico presente. Personalmente ritengo corretto giustificare tale limitazione a decorrere dal SAM 10.2006. Vi è discrepanza tra dati obiettivi ed il dato clinico anamnestico, tra gli status e l'anamnesi ed il comportamento agli esami effettuati. Tutti gli specialisti concordano con una minima limitazione come sopradescritto a carattere globale dettata soprattutto dal danno residuale neuropsicologico di carattere lieve che non preclude un normale ma lievemente rallentato ma adeguato comportamento. A mio giudizio si impone una valutazione AI per aiuto al reinserimento lavorativo in questa giovane Ata." (Doc. 58-1) Nelle successive annotazioni del 25 maggio 2007, il dr. _____, dopo avere rivalutato il caso a fronte delle contestazioni dell'interessata contro il progetto di soppressione della rendita, ha indicato: " Una valutazione neuropsicologica è un supporto ad una globale valutazione di tipo neurologico da parte del perito specialista se egli lo ritiene il caso per poter arrivare ad una conclusione sia terapeutica che assicurativa. E così è stato nel caso dell'Ata RI 1 dove il neurologo competente dr. _____ prende posizione ben precisa riguardo l'abilità lavorativa includendo in essa anche la valutazione neuropsicologica del 10.2006 effettuata a _____. Una valutazione neuropsicologica è un aiuto per il neurologo come per esempio un elettrocardiogramma per un internista cardiologo e quindi lo specialista responsabile è sicuramente competente per tale valutazione. Dopo queste osservazioni a complemento delle osservazioni riportate dall'Avv. di parte e dopo aver riletto il SAM personalmente lo reputo coerente nelle sue valutazioni e conclusioni globali mentre le osservazioni dell'avv. non portano significativi accertamenti o certificati medici che mettano in dubbio la valutazione del SAM." (Doc. 65-1) 2.7. A seguito della decisione con la quale l'amministrazione ha soppresso la rendita, l'assicurata ha trasmesso al TCA nuova documentazione medica e meglio: - rapporto del 16 ottobre 2006 relativo alla valutazione neuropsicologica del 6 ottobre 2006, redatto dal dr. _____, neuropsicologo responsabile dell'unità operativa di neuropsicologia e logopedia della Clinica _____ di _____ e della dipl. psych. _____, psicologa spec. in neuropsicologia FSP, che giunge alle seguenti conclusioni: " (...) L'attuale valutazione neuropsicologica di questa paziente che ha subito un trauma distorsivo della colonna cervicale il 19.07.2006 conferma la presenza di deficit cognitivi, già messi in evidenza nel luglio 2002. I deficit neuropsicologici della paziente sono sempre costituiti da: - dei deficit dell'attenzione caratterizzati da rallentamento e fluttuazioni dell'attenzione all'esame dei tempi di reazione, difficoltà di attenzione protratta nel tempo (sostenuta) e in situazioni in cui la paziente deve svolgere 2 compiti simultaneamente (attenzione divisa); - dei disturbi della memoria anterograda a lungo termine verbale e visuo-spaziale e una netta riduzione della memoria a breve termine (span) verbale. Rileviamo che i risultati ottenuti al Test of Memory Malinger (TOMM) e al Digit Span sono compatibili con un certo sovraccarico dei disturbi mnesici; - un risultato severamente deficitario ad un test di ragionamento

visuo-spaziale (matrici progressive di Raven); - un rallentamento riscontrabile a diversi test cronometrati (denominazione e lettura cronometrata, Parte B del Trail Making test, fluenza verbale semantica)." (Doc. B) - rapporto neurologico del 3 settembre 2007 del dr. _____, Primario di neurologia della Clinica _____ di _____, indirizzato al patrocinatore dell'interessata, del seguente tenore: " Come da Lei richiesto con lettera del 9 maggio 2007, ho esaminato clinicamente la paziente il 23.08.07. Dopo lo studio degli atti ho ritenuto opportuno una rivalutazione neuropsicologica. Lo stesso giorno è stata dunque eseguita una valutazione neuropsicologica di controllo (primo documento del 7 agosto 2002 e ultimo documento del 6 ottobre 2006). Come richiesto, prendo nella mia valutazione posizione sulla capacità lavorativa della paziente. Ho considerato i documenti messi a mia disposizione da Lei e dalla paziente: Rapporto del Dr. _____ del 2 ottobre del 1999, rapporto del Dr. _____ del 24.07.00, rapporto della Clinica di riabilitazione di _____ del 17.04.00, rapporto della Clinica di riabilitazione di _____ del 06.06.00, perizia della Clinica _____ del 07.08.02, perizia pluridisciplinare del SAM di Bellinzona del 19.12.06. Anamnesi L'anamnesi remota è ricordata nei documenti a Lei noti. La paziente riferisce oggi di continuare a soffrire di algie cervicali presenti costantemente, maggiormente nella zona bassa del collo. A destra il dolore irradia regolarmente nel braccio, molto di più che a sinistra, accompagnato a destra anche da sensazioni di formicolio. I dolori cervicali irradiano verso la testa. Le cefalee le sente verso la parte anteriore della testa fino nella zona degli occhi. I periodi di maggior dolore sono accompagnati da nausea e talvolta da vomito. I periodi con nausea possono anche essere prolungati e durare ore. La notte è disturbata dai dolori. Il sonno è ridotto dai dolori cervicali. Sono presenti anche dolori lombari. Il tipo di dolore e la sua localizzazione non è variata negli ultimi anni. Contro i dolori aiuta Maxalt lingual. Ha già ricevuto svariati medicinali che diminuivano il dolore per un certo tempo, ma poi si sono sempre ripresentati. Per quanto riguarda i disturbi cognitivi, rimando all'anamnesi riferita nel documento sulla valutazione neuropsicologica. La paziente ora è a domicilio senza un'attività lavorativa. Con perizia del 19.12.06, il SAM ha giudicato la paziente abile al lavoro al 100%. Esame neurologico Testa: la muscolatura paravertebrale cervicale mostra un tono aumentato ed è dolorante alla digitopressione, maggiormente a destra distalmente e sinistra nella zona suboccipitale. La rotazione della testa è leggermente limitata (ca. 5 °) bilateralmente ed è accompagnata da dolore nella fase finale, maggiormente a sinistra. La retro- e anteroflessione della testa sono accompagnate da dolore nella fase finale del movimento. Non vi sono deficit sensomotori delle estremità superiori. I movimenti sono liberi. Valutazione neuropsicologica Vedi allegato. Valutazione e proposte Diagnosi : La paziente soffre di una sindrome algica cervicale con irradiazione nel braccio destro e verso la testa, con conseguenti dolori fino alla mano destra accompagnati da formicolii e cefalee che irradiano fino alla zona frontale, inoltre sono presenti deficit neuropsicologici essenzialmente sotto forma di deficit dell'attenzione con affaticabilità mentale eccessiva, disturbi della memoria e rallentamento. La sintomatologia è presente dal 1997 in stato dopo incidente della circolazione del 19.07.1997 con meccanismo di accelerazione-decelerazione della colonna cervicale. Non ho potuto constatare reperti che possano far pensare alla presenza di elementi per la diagnosi di una cosiddetta "fibromialgia" (vedi perizia SAM, p. 10). Esami : Il neurostato non mostra oggi deficit senso-motori delle estremità superiori, ma una patologia locale a livello cervicale, come descritto nel neurostato. Il decorso dal punto di vista neuropsicologico è caratterizzato da una stabilità dei disturbi dalla prima valutazione del luglio 2002 ad oggi (vedi anche rapporto di neuropsicologia attuale, pag. 3).

Gli esami radiologici, in parte da me visionati, non mostrano patologie sicure a livello della colonna cervicale. La diagnosi si basa sull'esame neurologico da me effettuato e sulla valutazione neuropsicologica. La sintomatologia algica può ben essere spiegata dai referti clinici locali a livello della colonna cervicale. La paziente riferisce che la sintomatologia è restata, a parte variazioni di intensità, la stessa durante tutti gli anni che hanno seguito l'incidente. Non ho motivi per non considerare giusta questa affermazione. La paziente riferisce di aver sempre cercato di superare le sue difficoltà anche senza assidue visite mediche cercando strategie adatte a superare i suoi problemi. A diverse riprese ha avuto bisogno di terapie farmacologiche e di terapie quali la fisioterapia o terapie complementari, e ciò fino ad oggi. La situazione è oggi senza dubbio cronica. Approcci terapeutici continuano ad essere necessari, bisognerà discutere nuove strategie. I disturbi cognitivi accusati dalla paziente sono tipici per uno stato dopo trauma da accelerazione-decelerazione della colonna cervicale (vedi primo esame neuropsicologico). È tipica anche una costanza dei risultati dei test nei pazienti in cui la sintomatologia algica non migliora in modo evidente, anche se variazioni di intensità sono ben comprensibili. Un ruolo preponderante nella cronificazione dei deficit neuropsicologici è giocata dalla sindrome algica resistente alle terapie. A pag. 11 del rapporto del SAM si legge, che non bisogna basare la valutazione di un paziente esclusivamente sui risultati dei test neuropsicologici. Questo è evidente. Viene asserito che i test possono essere influenzati negativamente da "mancanza di motivazione e concomitanti problemi medico-legali". Anche questa asserzione è evidente e vale per tutti i tipi di test che coinvolgono in qualche modo - in modo particolare - la volontà del paziente, ma si dovrebbero considerare anche aspetti dell'inconscio ciò che deve essere fatto con grande prudenza e esperienza. In ogni caso è compito di chi esegue e analizza i risultati dei test verificare componenti che possano influenzare i risultati. Nel caso in discussione la motivazione era ed è presente ed altre componenti sono ancora da dimostrare. Peggioramenti, che io chiamerei variazioni di intensità della sintomatologia, sono ben possibili anche dopo anni nella sintomatologia postraumatica a livello della sintomatologia algica e dei deficit per esempio neuropsicologici. Ciò è dovuto alla naturale variazione dell'intensità della sintomatologia e al ruolo che senza dubbio gioca la componente legata alla cronicità dei sintomi. Nella perizia del SAM, sempre a pag. 11 viene discussa l'asserzione "un certo sovraccarico di disturbi mnesici" (valutazione neuropsicologica del 6 ottobre 2006, pag. 3), spiegando che "significa che vi sono anche elementi oggettivi in favore di un problema funzionale e non organico". Da notare che in effetti il testo era il seguente: "un certo sovraccarico dei disturbi mnesici", che in italiano ha un significato ben diverso. In effetti però i test sembravano rendere plausibile la possibilità della presenza di un'accentuazione dei disturbi della memoria da parte della paziente, per esempio nell'ambito di una collaborazione non ottimale. Da notare però, ciò che mi sembra più importante, che la valutazione attuale (agosto 2007) mostra risultati migliorati, ciò che parla contro una mancanza di collaborazione. Per quanto riguarda l'impressione spontanea fatta dalla paziente ai medici del SAM, di persona non sofferente di disturbi neuropsicologici, rispecchia la situazione tipica di una sintomatologia che "non si vede" facilmente, ma è da considerare importante e la si può verificare appunto con una testologia adatta. Il mio giudizio sulla capacità lavorativa è il seguente : La perizia del SAM, pag. 11 ricorda che la presenza di un neurostato normale implica di per sé una capacità lavorativa del 100%. Questa affermazione non è accettabile: bisogna considerare la sindrome algica cervicale (con le sue irradiazioni) e le limitazioni di funzione conseguenti da essa, almeno se ci si limita a questi aspetti tralasciando i deficit neuropsicologici. Anche i deficit

neuropsicologici sono però da considerare. Un'attività di formazione o un lavoro leggero (dettagli ancora da descrivere) sono attività possibili, se confacenti alla sintomatologia e alle limitazioni che ne conseguono. La paziente potrebbe iniziare con un tentativo di attività, penso abbia maggior possibilità di successo con una percentuale di impiego attorno al 25%. Questo con lo scopo poi di aumentare la percentuale e dunque il carico in funzione dell'evoluzione della situazione, per esempio fino al 50%. La paziente mi ha informato che pensa di iniziare una formazione nel campo di terapie complementari a partire da settembre. Posso solo sostenere questa iniziativa. Bisognerà seguire esattamente l'evoluzione e sostenere la paziente durante questa prova spontanea di reinserimento. Penso sia utile informare l'AI dell'iniziativa della paziente e della necessità di sostenerla in un reinserimento professionale. Penso siano necessari controlli medici regolari in modo particolare dopo l'inizio di attività regolari di formazione o lavorative. " (Doc. C) - rapporto del 3 settembre 2007 in merito alla valutazione neuropsicologica del 23 agosto 2007, redatto dal dr. _____ e della dipl. psych. _____, psicologa spec. in neuropsicologia FSP, che giunge alle seguenti conclusioni: " (...) La valutazione di questa paziente mette in evidenza, malgrado la presenza di lievi miglioramenti rispetto all'esame effettuato nell'ottobre 2006, la persistenza di deficit neuropsicologici caratterizzati da: - dei deficit dell'attenzione selettiva e sostenuta con affaticabilità mentale eccessiva; - dei disturbi della memoria anterograda a lungo termine verbale e visuo-spaziale e dei deficit della memoria a breve termine (span) verbale. La memoria a breve termine visuo-spaziale è per contro nella norma; - un rallentamento psicomotorio che può essere evidenziato a diverse prove cronometrate (lettura e denominazione cronometrate, denominazione in conflitto con la lettura, fluenza verbale fonemica e semantica). Per contro, il linguaggio, le funzioni esecutive e il ragionamento testato su materiale visuo-spaziale si situano globalmente nei limiti della norma. In sintesi, i disturbi neuropsicologici della paziente sono costituiti essenzialmente da deficit dell'attenzione e della memoria e, seppure con delle leggere variazioni, sono stabili dalla prima valutazione del luglio 2002 ad oggi. Essi sono suscettibili di ridurre il rendimento durante lo svolgimento di un'attività lavorativa in qualità di impiegata di commercio e limitano di conseguenza la capacità lavorativa della paziente. " (Doc. C1) Al riguardo, nelle sue annotazioni del 21 settembre 2007, il dr. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale, ha osservato: " Assicurata peritata dal dr. _____ 7.5.2002 DIAGNOSI - sindrome cervico-vertebrale e cervico-cefale con episodi a carattere neuro-vegetativo in paziente con stato dopo colpo di frusta avvenuto in data 19.07.1997 Dal punto di vista reumatologico strettamente determinato non vi sono incapacità lavorative. I reperti oggettivabili sono blandi sia dal punto di vista clinico che radiologico. I problemi principali sono riferiti a dei disturbi neurovegetativi ed eventualmente a delle problematiche neuropsicologiche. Una valutazione quindi globale della situazione della paziente sarà da completare con una perizia neurologica che ponga particolarmente rilievo sulle problematiche a carattere emicranico della paziente, nonché con una valutazione di tipo neuropsicologico che possa determinare se vi sono effettivamente alterazioni in questo senso. Segue perizia neuropsicologica dr. _____: Diagnosi: - Stato dopo trauma distorsivo della colonna cervicale (19.07.1997) con: ■ deficit neuropsicologici di entità da moderata a severa dell'attenzione e della memoria, un marcato rallentamento, deficit di concentrazione ed affaticabilità eccessiva ■ sindrome cervico-cefalgica e cervico-brachiale cronica - Lombalgia cronica I disturbi neuropsicologici riscontrati limitano sensibilmente la sua capacità lavorativa, alla quale si associa un'ulteriore riduzione della capacità lavorativa a causa dei dolori. In un'attività

professionale impegnativa e complessa come quella svolta precedentemente nel marketing e nella gestione del personale, la paziente è inabile al lavoro al 100%. Comunque, anche per altri lavori, per esempio lavori d'ufficio più semplici, l'inabilità lavorativa è al momento attuale completa. I dolori lombari non causano attualmente una disabilità lavorativa.

Decisione UAI del 10.2002: grado AI 80% dal 9.2000. Prima revisione: viene richiesta perizia SAM eseguita 10.2006: dal lato reumatologico abile al lavoro al 100% valutazione neuropsicologica in pratica sovrapponibile a quella del 2002 impedimento psichiatrico valutato in un 20% conclusioni SAM: abile al 75% progetto di decisione del 13.4.2007: - soppressione della rendita d'invalidità decisione del 25.7.2007: - soppressione della rendita ricorso tribunale: viene presentato rapporto dr. _____ del 3.9.2007: - stabilità dei disturbi neuropsicologici dal 2002 - riassunto esame neuropsicologico: deficit d'attenzione e della memoria e, seppure con delle leggere variazioni, sono stabili dalla prima valutazione del luglio 2002 ad oggi. Essi sono suscettibili di ridurre il rendimento durante lo svolgimento di un'attività lavorativa in qualità di impiegata di commercio e limitano di conseguenza la capacità lavorativa della paziente. Valutazione: retrospettivamente la valutazione effettuata nel 2002 era incompleta mancando una valutazione psichiatrica, inoltre il dr. _____, oltre a riprendere in modo acritico i disturbi riscontrati nell'esame neuropsicologico nella sua valutazione aveva preso in considerazione la problematica del mal di schiena, patologia che da parte del dr. _____ era stata valutata senza influsso sulla capacità lavorativa. L'attuale perizia SAM valuta in modo dettagliato il caso e giustifica in modo dettagliato le ragioni per le quali ci si discosta dalla valutazione peritale del 2002. A conferma di una eccessiva valutazione dell'inabilità lavorativa da parte del dr. _____ è anche da valutare la presa di posizione del dr. _____ il quale attesta in sede di ricorso una capacità lavorativa del 25-50%. In conclusione ritengo dal punto di vista medico l'attuale valutazione SAM coerente e dettagliata." (Doc. IV/1) L'assicurata ha poi trasmesso al TCA uno scritto del 12 dicembre 2007 del dr. _____, indirizzato al patrocinatore, del seguente tenore: " Ho letto la presa di posizione del 21.09.07 dell'AI (redatta dal Dr. _____) e risponderò alle Sue domande nel modo seguente: 1) Il riassunto della storia passata fatta dal Dr. _____ non porta elementi nuovi. 2) Il Dr. _____ sottolinea, che la mia valutazione si discosta da quella del Dr. _____, portando alle conclusioni che la paziente ha una capacità lavorativa del 25-50% (e non dello 0% come attestato dal Dr. _____). 3) Io aggiungerei che il Dr. _____ non considera in modo appropriato i deficit neuropsicologici (non mai contestati con argomenti validi), altrimenti non potrebbe arrivare a sostenere le conclusioni della perizia del SAM da lui citata, che valuta la capacità lavorativa del 75%. Lui stesso cita un impedimento psichiatrico del 20% (da verificare), ma non considera i deficit neuropsicologici esistenti ai fini del giudizio sulla limitazione della capacità lavorativa. Inoltre non ritiene esistente una sindrome algica cervicale (vedi pagina 4 della mia relazione, righe 8/9), ciò che deve essere però discusso e considerato. 4) Dunque per quantificare un'incapacità lavorativa bisogna considerare: A) la sindrome algica cervicale con le sue irradiazioni e limitazione di funzione, come pure le importanti cefalee secondarie alla patologia cervicale . B) i deficit neuropsicologici, da ritenere di intensità da leggera a media. Per quanto concerne A : si può discutere una limitazione della capacità lavorativa del 50%. Per quanto concerne B : stimo le limitazioni che ne conseguono essere del 25% (e non "poco rilevanti"), come scritto a pagina 12 della perizia del SAM del 2006. Dunque a seguito delle due patologie, anche se si possono discutere delle interazioni fra la sindrome algica cronica e i deficit neuropsicologici, l'incapacità lavorativa dovrebbe essere

del 75%. 5) La perizia del SAM del 19.12.06 arriva ad altre conclusioni non considerando in modo adeguato gli aspetti da me sottolineati. Inoltre lo psichiatra parlava "di una sofferenza psichica", tale da far stimare l'incapacità lavorativa che ne consegue essere del 20%, che se la si vuol considerare sarebbe pure da sommare alle altre percentuali. 6) A mio avviso ci sono le condizioni (punti di vista nuovi, necessità di approfondimenti) tali da motivare il tribunale a far riesaminare il caso. " (Doc. VIII/1) 2.8. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la 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. 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. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb;

STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una

rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124).

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