

## **TI\_GERICHTE 32.2007.322 vom 13. September 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-09-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.322](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.322)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.322 du 13 septembre 2007

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.322 del 13 settembre 2007

### **Regeste**

Viste le risultanze della perizia psichiatrica effettuata, in corso di causa, dal centro peritale delle assicurazioni sociali, va riconosciuto il diritto a una rendita intera

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser /Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeits-unfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si é confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA del 19 maggio 2006 nella causa O. (I 873/05). 2.5. Nel caso concreto il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nel rapporto 11 ottobre 2005 (doc. AI 42/1-2), ha concluso che "(...) per poter meglio valutare l'insieme della situazione si ritiene indicata una perizia SAM." (doc. AI 42/2). L'Ufficio AI ha quindi ordinato una perizia a cura del SAM (doc. AI 43/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare 8 maggio 2006 (doc. AI 45/1-27) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_) e ortopedica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa Sindrome panvertebrale diffusa, in particolare sindrome cervicale e soprattutto lombosacrale. Stato dopo infrazioni vertebrali D10-11 nel 1992, ben consolidate e stabili. Tendomialgie molteplici, a catena, agli arti inf.. Stato dopo diverse contusioni lombari. Sindrome somatoforme da dolore persistente. Sindrome depressiva ricorrente, non specificata. 5.2 Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa Obesità con BMI 30,5 kg/m<sup>2</sup> ." (doc. AI 45/8) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione globale, i periti del SAM hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura del 50% nella sua precedente attività e del 70% in attività adeguate dal mese di aprile 2002. Con progetto 11 gennaio 2007 (doc. AI 54/1-4), viste le risultanze del rapporto finale 15 dicembre 2006 del consulente in integrazione professionale (doc. AI 53/1-1), l'Ufficio AI ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad un quarto di rendita dal 1. agosto 2002. A seguito delle osservazioni dell'avv. RA 1 (doc. AI 61/1-2) e dell'ulteriore documentazione medica prodotta (doc. AI 61/3-6 e 68/2-6), l'Ufficio AI ha ordinato un ulteriore accertamento a cura del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia che ha reso il suo referto il 31 maggio 2007 (doc. AI 70/1-2 e 75/1-6). Con decisione 13 settembre 2007 l'Ufficio AI ha confermato il diritto dell'assicurato ad un quarto di rendita dal 1. agosto 2002 (doc. AI

83/1-8). 2.6. In corso di causa l'Ufficio AI ha ordinato un'ulteriore perizia a cura del \_\_\_\_\_, Centro peritale per le assicurazioni sociali, che, con referto 25 gennaio 2008 (doc. XV/2), posta la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "(...) sindrome somatoforme da dolore persistente F45.4 dall'aprile 2000 – episodio depressivo grave senza sintomi psicotici F32.2 dall'agosto 2001 (...)", ha espresso la seguente valutazione e prognosi: "(...) Dalla documentazione presente negli atti e dalla storia descritta dall'assicurato non emergono elementi che facciano pensare ad una patologia psichiatrica o ad una sofferenza psicologica prima dell'incidente avvenuto nel 2000. Nel periodo dal 2001, quando comincia ad essere evidente una sintomatologia psichiatrica, ad oggi, vengono riportate nei documenti pervenuti diverse diagnosi psichiatriche, definite con differenti diciture ma di fatto riconducibili a tre categorie diagnostiche secondo ICD-10: Sindrome post-traumatica da stress (F43.1), Sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4) ed Episodio depressivo (F32) considerato di diversa gravità nei diversi atti. Per quanto riguarda la Sindrome post-traumatica da stress questa, secondo la definizione dell'ICD 10, si presenta come una risposta ritardata o protratta ad un evento o situazione stressante di natura eccezionalmente spaventosa o catastrofica. Nel caso dell'assicurato, per quanto i sintomi rispondano agli altri criteri, non è chiaro se l'incidente di cui è rimasto vittima si possa considerare come eccezionale e se ci sia stato un reale rischio di vita, essendo le testimonianze in questo senso contrastanti. In alternativa, tratti di personalità predisponenti o una precedente patologia nevrotica possono abbassare la soglia, rendendo importante per la persona un evento per altri normale, ma l'anamnesi dell'assicurato non fa pensare alla presenza di tali fattori predisponenti. Si ritiene peraltro che la valutazione della capacità lavorativa possa prescindere da questa diagnosi, che si può quindi escludere senza conseguenze in questo senso. Per quanto riguarda la Sindrome somatoforme da dolore persistente, essa si presenta come un disturbo in cui è presente un dolore dominante intenso e penoso, in una qualunque parte del corpo che non può essere adeguatamente spiegato dall'evidenza di un processo fisiologico o di una malattia somatica e che è costantemente l'oggetto principale dell'attenzione del paziente. Per quanto nel caso dell'assicurato esista anche l'evidenza di una malattia somatica, come confermato dalla perizia del Med.

\_\_\_\_\_, FMH Chirurgia Ortopedica, si ritiene che l'entità della patologia non sia tale da spiegare l'intensità della sintomatologia e l'importanza che questa ha rivestito, soprattutto nei primi mesi dopo l'incidente, per l'assicurato. Si ritiene pertanto che possa essere posta diagnosi di Sindrome somatoforme da dolore persistente a partire dalla data dell'incidente (aprile 2000). Si tratta di una diagnosi con una ricaduta solo parziale sulla capacità lavorativa (in effetti, l'assicurato ha ripreso per un certo periodo il lavoro anche se con fatica), che non determina un'inabilità superiore al 20%. E' importante sottolineare che il soggetto affetto da tale patologia non è in grado di riconoscere la causa psicologica della sintomatologia algica che è reale per lui allo stesso modo di un dolore di origine somatica. Nel caso specifico dell'assicurato, inoltre, ci troviamo di fronte a una personalità semplice dotata di scarse capacità introspettive, quindi verosimilmente con una difficoltà maggiore nel riconoscere aspetti legati alla propria realtà interna. Questo può facilmente aver determinato, trovandosi l'assicurato di fronte ad una sintomatologia per lui importante che veniva scarsamente riconosciuta e soprattutto non risolta, l'instaurarsi graduale di un quadro depressivo già a partire da pochi mesi dopo l'incidente. Viene posta diagnosi alla Clinica \_\_\_\_\_ nel novembre 2001, ma è verosimile, sulla base di quanto risulta agli atti, che il quadro sia iniziato già prima, a partire dall'agosto 2001; è infatti in questa data che l'assicurato smette di lavorare in maniera definitiva dopo un tentativo di ripresa. Per quanto

riguarda la gravità del quadro, i sintomi riportati dall'assicurato (tra cui umore depresso per la maggior parte del tempo e ogni giorno in gran parte non influenzato dalle circostanze, perdita di interesse o piacere per le attività, diminuita energia, perdita di autostima, pensieri ricorrenti di morte, lamentazione di diminuita capacità di pensare, modificazione dell'attività psicomotoria, disturbi del sonno, modificazione dell'appetito) permettono di porre diagnosi di Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (F32.2). Nella valutazione peritale del Dr. Med. \_\_\_\_\_ del 29.03.2006 si parla di una sintomatologia vissuta in modo "eclatante, esagerato e teatrale". Per quanto sia possibile certamente mettere in evidenza una modalità di presentarsi e di presentare i sintomi in parte rivendicativa, potremmo quasi dire "capricciosa", si ritiene che questo non significhi una minore intensità della sofferenza dell'assicurato e che faccia parte di una sua modalità caratteriale legata anche alla semplicità di cui già accennato. Questa considerazione si basa, oltre che sui dati raccolti al colloquio, anche su elementi quali il ricovero coatto avvenuto nel settembre 2007; si ritiene che se si è reso necessario un intervento di questo tipo debba esserci nell'assicurato una sofferenza autentica, per quanto espressa in maniera infantile. Inoltre, indubbiamente la reazione dell'assicurato all'evento dell'incidente e al decorso successivo è stata caratterizzata da un'intensa regressione (tanto che viene segnalata durante la storia clinica un'incontinenza urinaria e anche attualmente l'assicurato rende necessaria una continua assistenza da parte della moglie) che non è legata alla volontà dell'assicurato stesso, ma ad una modalità di presentazione della patologia. Di conseguenza si ritiene di poter porre diagnosi di episodio depressivo grave, come indicato anche nella valutazione peritale del dr. Med. \_\_\_\_\_ effettuata in data 22.06.2007. Per quanto riguarda la presenza di sintomi psicotici, che vengono riportati in alcune certificazioni, al momento della valutazione essi non sono presenti. L'assicurato cita in effetti delle dispercezioni, ma non si ritiene che possano essere definite delle vere allucinazioni, né è presente un delirio, per quanto il pensiero sia sicuramente focalizzato in modo persistente sul tema della morte. Peraltro, non si ritiene che la presenza o assenza di sintomi psicotici incida in questo caso in maniera significativa sulla determinazione della capacità lavorativa. In conclusione si ritiene che la presenza contemporanea delle due patologie Sindrome somatoforme da dolore persistente, a partire dall'incidente (aprile 2000) ed Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici, a partire dall'agosto 2001, determinino un'incapacità lavorativa totale dell'assicurato nella sua attività abituale e in qualsiasi altra attività lavorativa. D'altra parte si ritiene che sarebbe esigibile e opportuna un'intensificazione della presa a carico psichiatrica e psicologica per tentare di fornire all'assicurato gli strumenti per uscire dallo stato regressivo in cui la storia di malattia presentata lo ha portato. Da questo punto di vista è opportuno evidenziare come il ricovero tenda frequentemente ad accentuare questo aspetto (il che potrebbe forse giustificare il fallimento dei ricoveri precedenti), mentre una presa a carico più frequente dal punto di vista psicoterapeutico sembrerebbe una risorsa ancora non tentata e che potrebbe sortire risultati migliori. Sulla base di queste considerazioni, si consiglia una rivalutazione dopo un periodo di due anni circa. (...)" (doc. AI XV/2) 2.7. 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 del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). Se e vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella

quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). 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 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 succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale 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).

2.8. Nell'evenienza concreta, richiamata la suestopata 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 del \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, Centro peritale per le assicurazioni sociali, che hanno concluso per un'incapacità totale dell'assicurato, sia nella sua attività abituale che in qualsiasi altra attività lavorativa, dal mese di agosto 2001. I periti si sono infatti chinati su tutta la documentazione medica agli atti e hanno espresso un parere chiaro e convincente, senza cadere in contraddizioni, in merito alla totale incapacità lavorativa dell'assicurato in qualsiasi attività dal mese di agosto 2001. Questa valutazione è stata del resto assunta anche dal dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nel rapporto 20 febbraio 2008 (doc. XV/1). In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va dunque annullata e riformata nel senso che RI 1 ha diritto ad una rendita intera dal 1. agosto 2002 (un anno dopo l'inizio dell'invalidità totale al lavoro riconosciuta dal 1. agosto 2001; cfr. art. 29 cpv. 1 lett. b LAI). Del resto questa era anche la proposta formulata Ufficio AI con lettera 8 settembre 2008 (XVIII).

2.9. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPG). La sua domanda intesa ad essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria gratuita per la procedura ricorsuale, ancorché accolta con decreto 15 gennaio 2005 (cfr. consid. 1.6), diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6; STF del 2 febbraio 2007 nella causa G., I 911/06; STFA del 14 agosto 2006 nella causa B., I 319/05; STFA del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03; STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa T., U 59/99).

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 fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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