

TI_GERICHTE 32.2007.378 vom 25. Oktober 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-10-25, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.378

FR: TI_GERICHTE 32.2007.378 du 25 octobre 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.378 del 25 ottobre 2007

Regeste

UAI ha attribuito all'assicurata una mezza rendita di invalidità a partire dal 1° aprile 2005. Valutazione medica non sufficientemente probante (SAM). La problematica psichica e quella dermatologica vanno ulteriormente approfondite. Rinvio atti all'amministrazione

Erwägungen

E. 4

Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Non vi è diminuzione della capacità lavorativa dal punto di vista neurologico.

E. 5

Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'A.? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Nessuna proposta terapeutica dal punto di vista neurologico.

E. 6

Ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale presso quest'A.? Descrivere le risorse di cui l'assicurato/a ancora dispone. Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico.

E. 7

Ritiene che l'assicurato/a sia in grado di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento). Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico.

E. 8

Per assicurati di sesso femminile: in che misura l'A. può svolgere l'attività di casalinga (descrivere i limiti funzionali). In misura completa." (Doc. AI 29-30+31) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 20 marzo 2007 i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 30% nell'attività finora svolta di ausiliaria di cure ed altri lavori simili che comportino regolarmente compiti mediamente pesanti e pesanti. La patologia reumatologica, caratterizzata da una sindrome fibromialgica e da una sindrome lombospondilogenica cronica con pregressa componente radicolare irritativa S1 a sinistra, è considerata predominante e comporta un'incapacità lavorativa del 70%. La patologia psichiatrica influisce in ragione del 40-50% sulla capacità lavorativa di RI 1 e i periti hanno ritenuto sostanzialmente invariato il decorso della malattia dal momento della sua insorgenza alla data della perizia. Infine, la patologia reumatologica è considerata invariata dal marzo 2005 in avanti. Come casalinga l'assicurata è considerata abile al

60%.(doc. AI 25-20). Il rapporto peritale in merito alla capacità d'integrazione ha poi aggiunto quanto segue: "(...) 9 CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE In un'attività lavorativa leggera che permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena e brevi pause per sgranchirsi o cambiare posizione, indicativamente per alcuni minuti ogni ora a tempo pieno e con rendimento ridotto, l'A. risulta abile al lavoro nella misura del 55%. Ciò è dovuto soprattutto alla patologia psichiatrica, in quanto in un'attività leggera ed adatta l'A. risulta abile al lavoro nella misura del 75% per la problematica reumatologica, mentre presenta un'incapacità lavorativa del 45% per la problematica psichiatrica. Riteniamo che la problematica psichiatrica e quella reumatologica non debbano essere sommate poiché entrambe prendono in considerazione i disturbi principali dell'A., ossia il dolore cronico, la stanchezza cronica e l'insonnia." (Doc. AI 25-20) 2.6. A seguito della decisione con la quale l'amministrazione ha attribuito all'assicurata una mezza rendita d'invalidità dal 1° aprile 2005, l'assicurata, per il tramite del proprio patrocinatore, nella procedura ricorsuale ha trasmesso al TCA nuova documentazione medica e meglio: - il certificato medico del 27 novembre 2007 del Dr. Med. _____, del Servizio cantonale di dermatologia, il quale ha attestato che la paziente soffre di una malattia cutanea cronica che contribuisce ad invalidare il suo stato generale di salute (doc. C). - lo scritto del 28 novembre 2007 del Dr. Med. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, dal seguente tenore: " Come convenuto telefonicamente in data 27.11.2007, con il consenso della signora RI 1, le confermo che le condizioni di salute psico-fisiche della stessa, sono peggiorate negli ultimi mesi. Dal punto di vista fisico-dermatologico, in seguito ad ulteriori accertamenti, il Dr. _____ dermatologo, ha diagnosticato una grave malattia (eritema indurato di Bazin), che necessita di terapia consistente quadrivalente per un lungo periodo e di regolari controlli clinici. Tutto ciò, ha avuto una ripercussione negativa sul già precario stato di salute psicologico della signora, aggravandolo. Va da sé che tali patologie (psichica e somatica), portano attualmente a un'inabilità lavorativa completa e a un peggioramento prognostico." (Doc. D) - il certificato medico del 15 novembre 2007 della Dr.ssa _____ del Servizio cantonale di dermatologia che ha diagnosticato un eritema indurato di Bazin, test al Quantiferone positivo e ipertensione arteriosa (doc. E). Con lo scritto del 21 gennaio 2008 (doc. VI) il rappresentante dell'assicurata ha poi prodotto l'ulteriore seguente documentazione: - il referto dell'11 gennaio 2008 del Dr. _____ dal seguente tenore: " Rispondo al suo scritto del 07.01.2008, nel quale mi allegava anche la procura firmata dalla paziente che mi svincolava dal segreto medico. Le allego gli atti riguardo la paziente in epigrafe, che forse ha già in suo possesso, per completezza del dossier. Riassumo brevemente la storia clinica. Abbiamo esaminato per la prima volta la paziente in data 20.12.2006, quando presentava una pannicolite alla gamba destra in sede mediale. Una biopsia in un primo tempo aveva lasciato intendere la possibilità di un eritema nodoso. Tutti gli accertamenti non hanno dato esiti particolari, come sovente è il caso per questa affezione. Un trattamento con farmaci anti-infiammatori non steroideali non dava che risultati parziali. Perciò, in data 13.07.2007 abbiamo iniziato una corticoterapia sistemica con Prednisone che ha portato ad una remissione delle lesioni. Purtroppo all'arresto del corticosteroide sistemico sono recidivate. Abbiamo quindi rivalutato tutta la diagnostica nel corso del mese di ottobre 2007 e il risultato definitivo, come apportato nel nostro rapporto del 31.10.2007 conferma la diagnosi di una pannicolite granulomatosa e necrotizzante infettiva compatibile con un eritema indurato di Bazin. Si tratta di una diagnosi dermatologica rara ai nostri giorni. Abbiamo quindi valutato globalmente il caso, alla

ricerca di un eventuale focolaio tubercolotico. L'esame del Quantiferone è risultato positivo e quindi vuoi dire che la paziente è venuta a contatto col microbo del Mycobacterium tuberculosis. Questo ci impone una cura tubercolostatica, che è stata prescritta dopo aver anche consultato il pneumologo Dr. _____. In data 31.12.2007, visto che precedentemente la paziente era assente all'estero, abbiamo iniziato una cura con Rimstar (un farmaco combinato di 4 tubercolostatici: Rifampicina, Isoniazide, Pyrazinamide e Ethambutolo). Si tratta di una terapia non priva di effetti secondari, come la spossatezza, che la paziente lamenta già anche per il suo stato naturale di depressione cronica o altri effetti secondari, che ci obbligano controlli ematologici ed oftalmologici ravvicinati. Questa cura durerà almeno 2 mesi con questa posologia ed in seguito, in base all'evoluzione, decideremo se prolungare per ulteriori 6-9 mesi una cura tubercolostatica con meno farmaci. L'evoluzione dell'eritema indurato di Bazin è capricciosa e tante volte indipendente alla cura. Tuttavia, avendo trovato un test Quantiferone positivo siamo obbligati a praticare una cura tubercolostatica per un minimo di 6 mesi. Dal punto di vista professionale la paziente era fino al 21.04.2004 impiegata presso l'_____ di _____ come assistente di cura. Per questo tipo di professione oggi la paziente beneficerebbe di un'incapacità lavorativa al 100%, visto le lesioni invalidanti agli arti inferiori." (Doc. H) - lo scritto datato 15 gennaio 2008 del Dr. Med. _____, medico generalista: " La summenzionata paziente come Lei è a conoscenza, ha fatto domanda per una rendita AI per il quale gli è stata riconosciuta il 50% (tutta la documentazione si, trova presso l'ufficio AI). D'altra parte il suo stato mostra un netto progressivo peggioramento sia fisico che psichico. Vi è stato pure un aumento dei dolori muscolari ed articolari, per il quale il Dott. _____ gli ha diagnosticato una pannicolite granulomatosa e necrotizzante infettiva compatibile con eritema indurato di Bazin. Tutto questo ha portato la paziente a recarsi da diversi specialisti, per il quale è tutt'ora in cura (Dott. _____, Dott. _____, Dott. _____, Dott. _____) Allego copia dei rapporti in mio possesso." (Doc. I) - il referto del 10 luglio 2007 del Dr. Med. _____, spec. FMH in medicina interna e cardiologia che ha espresso la seguente valutazione: "(...) Valutazione e procedere: si tratta di una paziente di 48 anni senza noti fattori di rischio cardiovascolari, ansiosa, che riferisce l'insorgenza di palpitazioni della durata di 2-3 ore, di giorno. caratteristiche sostanzialmente atipiche. Dopo aver intrapreso un trattamento con Verapamil la paziente ha notato un miglioramento della sintomatologia. Clinicamente buone condizioni generali, compenso cardiocircolatorio, normocardica, normotesa, non soffi cardiaci. Ecg basale in ritmo sinusale regolare con alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione. La cicloergometria, eseguita in terapia, è risultata clinicamente ed elettrocardiograficamente negativa per ischemia e/o aritmie; lieve ipertensione arteriosa diastolica da sforzo. Consiglio di escludere un distiroidismo. Dal punto di vista terapeutico propongo di proseguire con il Verapamil, aumentando eventualmente il dosaggio (ad esempio Isoptin 80 mg 1/2-1/2-1/2)." (Doc. L) - il rapporto medico del 21 gennaio 2008, oltre a quello del 9 gennaio 2006, del Dr. Med. _____ che si è così espresso: " Le rispondo in merito alla sua richiesta di inviarle un referto dettagliato della situazione medica, della paziente citata in epigrafe, da febbraio 2007 a oggi; specificando la relativa inabilità lavorativa ed una eventuale presa di posizione sulla valutazione del Dr. _____, il tutto con il consenso della diretta interessata. Come già espresso nel mio breve rapporto del 28.11.2007, le condizioni di salute psicofisica della paziente sono peggiorate, poiché l'impatto della grave malattia dermatologica e la conseguente terapia lunga e non priva di significativi effetti collaterali e di continui controlli-esami, ha

destabilizzato ulteriormente il già grave stato di salute della stessa. Si tratta di una persona che è afflitta in maniera continuativa e significativa da problemi di salute già da diversi anni (vedi perizia SAM). La signora viene da me vista su indicazione del Dr. _____ per, a suo dire, lo sviluppo di una "chiara depressione". Nel rapporto inviato all'AI, che allego, descrivo "uno stato di grave depressione e che con terapia alto-dosata e con sostegno psicologico, si ottiene solo una modica e parziale regressione del marcato disagio, persistendo tuttavia le algie ribelli, che influenzano comunque l'umore, rendendolo fluttuante". Considero riservata la prognosi e ritengo che l'assegnazione di una rendita AI al 70% sia giustificata. Il collega psichiatra, che perita la paziente per conto dell'AI, nella sua perizia conferma la "depressione di media gravità". Parla di sintomatologia depressiva risultata piuttosto resistente ai trattamenti psichiatrici proposti; riprende le considerazioni di ferita narcisistica, già da me espresse, e concorda con il conflitto irrisolvibile intrapsichico che ha paralizzato progettualità e risorse, Inoltre lo stesso scrive che "lo stato psico-affettivo dell'assicurata, influisce in maniera significativa sulla capacità operativa e sulla capacità di autogestione della stessa". Quindi sin qui, il perito concorda appieno con le valutazioni del mio rapporto, salvo che nel valutare percentualmente il grado d'incapacità lavorativa, che egli stima attorno al 40-50%, dicendo infine, che riprendere il lavoro "potrebbe giovare all'assicurata, permettendole di attingere alle sue risorse e ritrovare se stessa a partire dal suo limite". (Ma come, è proprio questa una delle sofferenze della paziente: non poter fare quello che prima svolgeva ed è questo profondo cambiamento fra le cause del disagio!). Quindi valutazioni diagnostiche, fenomenologiche, prognostiche simili, ma percentuali d'invalidità diverse. Uno stato depressivo severo, che dopo due anni di tentativi di terapia psicofarmacologica importanti, si riesce solo in modica parte a ridurre, persistendo una depressione di media gravità (come descritto nel ICD-10: "presenza di due dei tre sintomi più tipici: depressione del tono dell'umore, perdita degli interessi e della capacità di provare piacere; riduzione dell'energia con aumentato affaticabilità e diminuito attività. È inoltre comune una stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo. Più l'aggiunta di almeno tre, ma preferibilmente quattro sintomi di grado marcato. Un soggetto con un episodio depressivo di media gravità presenterà generalmente una considerevole difficoltà a continuare le attività sociali, lavorative e familiari"). Stato depressivo maggiore resistente quindi, altro fattore prognostico sfavorevole, in comorbilità con una sindrome somatoforme da dolore persistente, con una fibromialgia, con una sindrome lombospondilogenica cronica su alterazioni strutturali del rachide lombare. Tale ragionamento clinico porterebbe pertanto, a mio parere, a considerazioni più vicine alle mie percentuali (70%) e non a quelle del perito, che inoltre descrive come "significativa l'influenza sulla capacità operativa, che stando al vocabolario della lingua italiana Zingarelli descrive che per "significativo" si intende: "importante per quel che rivela, per ciò che implica, che comporta". Mi è parso considerevole sin qui, fare questo excursus, riprenderlo, per sottolineare alcune, a mio parere riflessioni e deduzioni cliniche e anche eventuali incongruenze, già presenti ma non considerate. Veniamo quindi allo stato attuale della paziente, che è peggiorato, soprattutto negli ultimi mesi, nonostante la presa a carico, il sostegno psicologico e la continuazione delle cure, in relazione alla persistenza della malattia dermatologica, al cambiamento diagnostico e terapeutico, all'elevata componente di stress presente nelle cure: esami regolari del sangue, oculistici, effetti collaterali importanti della terapia quadrivalente. Tutto ciò ha rafforzato nella persona la convinzione di impotenza, rovina, impossibilità a fare fronte alle continue vessazioni della sfortuna (suo dire), potenziando il disagio di per sé già importante con umore costantemente deflesso, lamentele continue, anedonia, stanchezza,

spossatezza, astenia, apatia-abulia, stati di allarme, ansietà, tensione con peggioramento delle somatizzazioni e della sintomatologia algica, peggioramento del sonno, stati di angore e momenti di distraibilità riduzione dell'autostima, visione pessimistica del futuro, aprogettualità, istinto vitale indebolito, angoscia mattutina, mancanza di reattività emotiva piacevole, stati di agitazione interna, condotta di isolamento. Si è instaurato uno scivolamento in uno stato depressivo grave. Tutto diviene complicato sia nella cura, sia nella gestione di tale stato, dovuto alla resistenza del quadro sindromico, all'abbattimento del narcisismo con indebolimento ulteriore delle motivazioni interne, alle convinzioni-credenze pessimistiche del soggetto, alla comorbilità e alle diverse importanti cure farmacologiche, che comunque vanno monitorate e usate con cautela, per non provocare ulteriori danni. Rispetto a quanto dice il collega Dr. _____, sull'evoluzione prognostica: "scombussolamento che sarà però limitato nel tempo,..." , direi che tale previsione è ottimistica e piuttosto lineare, mentre in psichiatria causa ed effetto non sempre lo sono. Inoltre, già le condizioni prognostiche del collega (Dr. _____), effettuate nella perizia, parlavano di possibilità di ulteriore slivellamento dello timia, e le mie considerazioni precedenti, descrivevano un rischio evolutivo di non facile risoluzione, vista la gravità e complessità del quadro. Attualmente, perlomeno dal mese di ottobre 2007, è visibile un peggioramento clinico con inabilità totale, la prognosi futura è incerta e riservata." (Doc. M) 2.7. 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). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (

ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) 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 (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; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, 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). 2.8. Attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.7), questo Tribunale non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica psichica e quella dermatologica non sono state sufficientemente chiarite. Dal profilo della patologia reumatologica l'assicurata, nell'ambito della perizia del SAM, è stata sottoposta ad un accurato esame da parte del Dr. Med. _____, il quale dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, le limitazioni soggettive, lo status e riassunto gli esami radiologici ha diagnosticato una sindrome lombospondilogenica cronica con possibile componente radicolare irritativa S1 a sinistra; un'ernia discale L5/S1 paramediale a sinistra di medie dimensioni e bulging discale L4/L5. Il perito ha valutato la paziente inabile al lavoro nella misura del 70 % nella precedente attività di assistente di cura e in altri lavori simili che comportano regolarmente compiti mediamente pesanti a pesanti. Per contro, in attività leggere adeguate che permettono il rispetto delle regole di ergonomia

della schiena e brevi pause per sgranchirsi o cambiare posizione indicativamente per alcuni minuti ogni ora a tempo pieno, il Dr. _____ ha ritenuto un rendimento ridotto al massimo del 25%. Anche nell'attività di casalinga l'assicurata è inabile al lavoro al massimo nella misura del 25%. Va qui ricordato 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). Il giudizio espresso dal Dr. _____ in merito alla patologia residua dell'assicurata, dal profilo reumatologico, va considerato completo e esaustivo. La conclusione a cui è giunto lo specialista interpellato dall'UAI non è stato del resto contraddetto in sede ricorsuale da certificati medico-specialistici attestanti patologie maggiormente invalidanti e, dunque, può essere fatta propria dal TCA. 2.8.2. La patologia neurologica è stata vagliata dal Dr. Med. _____, spec. FMH in neurologia, che nella perizia del 1° febbraio 2007 ha diagnosticato dolori diffusi a livello del cingolo pelvico estesi verso la gamba sinistra, attualmente non spiegabili con una lesione neurologica, una possibile pregressa sindrome radicolare L5 o S1 a sinistra, attualmente non sintomatica e un lieve tremore posturale alle mani, probabile tremore essenziale. Lo specialista ha ritenuto che dal punto di vista neurologico non vi è una diminuzione della capacità lavorativa. Il TCA, non ha motivi per scostarsi nemmeno da questa valutazione specialistica, approfondita e motivata. 2.8.3. La patologia psichiatrica è stata oggetto di approfondimento peritale da parte del Dr. Med. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che il 2 febbraio 2007 ha diagnosticato all'assicurata una depressione di media gravità (ICD10-F32.1) e tendenza alla somatizzazione. Lo psichiatra ha valutato la ricorrente inabile al lavoro, dal punto di vista psichiatrico, nella misura del 40-50% circa. L'insorgente da parte sua ha prodotto una prima certificazione datata 28 novembre 2007 del Dr. Med. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha riferito come le condizioni psico-fisiche di RI 1 siano peggiorate negli ultimi mesi con particolare riferimento alla patologia dermatologica che ha avuto una ripercussione negativa sul già precario stato di salute psicologico dell'assicurata. Il Dr. _____ ha certificato un'inabilità lavorativa completa e un peggioramento prognostico. Con il rapporto datato 21 gennaio 2008 il Dr. Med. _____ ha ribadito quanto sostenuto nel proprio precedente referto del 28 novembre 2007, ovvero che il quadro valetudinario della paziente è peggiorato a causa della patologia dermatologica e la conseguente terapia lunga e non priva di significativi effetti collaterali. Lo psichiatra ha poi confermato la diagnosi di “ depressione di media gravità ” posta dal Dr. Med. _____, ma per quanto riguarda la valutazione del grado d'incapacità lavorativa il Dr. _____ lo ha stimato vicino al 70% in considerazione di uno “ stato depressivo severo, che dopo due anni di tentativi di terapia psico-farmacologica importanti, si riesce solo in modica parte a ridurre, persistendo una depressione di media gravità ”. Il medico curante ha poi ribadito che lo stato attuale è peggiorato, soprattutto negli ultimi mesi, instaurandosi uno scivolamento in uno stato depressivo grave con inabilità totale. 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 del Dr. Med. _____ datato 28 novembre 2007, pur essendo di poche settimane posteriore alla decisione impugnata del 25 ottobre 2007, fa riferimento ad una situazione clinica dell'assicurata constatata già precedentemente al provvedimento dell'amministrazione. Il Dr. _____ infatti ha riferito di un peggioramento delle condizioni psico-fisiche dell'assicurata " negli ultimi mesi ". Vista la stretta vicinanza tra l'emanazione della decisione impugnata e la redazione del rapporto medico da parte del Dr. _____, questa Corte non può escludere che l'eventuale peggioramento dello stato di salute psichica di _____ sia antecedente all'emanazione della decisione impugnata. Di conseguenza il rapporto del Dr. _____ è da considerare rilevante ai fini del presente giudizio. Medesimo discorso per il rapporto datato 21 gennaio 2008, nel quale viene specificato che la situazione medica illustrata fa riferimento al periodo tra il mese di febbraio 2007 e la data della perizia. Tali referti devono quindi essere ritenuti suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 25 ottobre 2007 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Alla luce di quanto qui sopra esposto, secondo questo Tribunale, vista la discordanza esistente tra le valutazioni specialistiche del Dr. _____, e quelle del Dr. _____, non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata, dal punto di vista psichiatrico, giustifichi una capacità lavorativa del 40-50%, come stabilito dal Dr. _____. 2.8.4. La patologia dermatologica è stata diagnosticata il 31 ottobre 2007 dal Dr. _____ che nel proprio referto (doc. H4) ha indicato una " pannicolite granulomatosa e necrotizzante infettiva compatibile con eritema indurato di Bazin ". Il dermatologo ha specificato nella missiva dell'11 gennaio 2008 (doc. H) che la paziente è stata esaminata per la prima volta il 20 dicembre 2006. Nell'occasione è stata osservata una pannicolite alla gamba destra in sede mediale che a seguito di biopsia è stata considerata come un'eritema nodoso. Solo nell'ottobre del 2007 il quadro clinico è stato rivisto e diagnosticata la pannicolite granulomatosa e necrotizzante infettiva compatibile con eritema indurato di Bazin. A mente dello specialista l'incapacità lavorativa è piena (100%) per la precedente professione di assistente di cura. Il 15 novembre 2007 la Dr.ssa _____ ha, a sua volta, diagnosticato un " eritema indurato di Bazin, test al Quantiferone positivo " (doc. H5). Malattia cutanea che è stata confermata dal Dr. Med. _____ nel certificato del 27 novembre 2007 ritenendola ulteriormente invalidante per la paziente (doc. C). Il medico curante Dr. Med. _____ il 28 novembre 2007 l'ha poi messa in relazione con l'aggravamento dello stato psicologico dell'insorgente. Anche per la patologia dermatologica i referti del Dr. Med. _____ del 31 ottobre 2007, del 27 novembre 2007 e dell'11 gennaio 2008 e quello della Dr.ssa _____ del 15 novembre 2007, pur essendo posteriori alla decisione impugnata del 25 ottobre 2007, fanno riferimento ad una situazione clinica dell'assicurata constatata già precedentemente al provvedimento dell'amministrazione come, in particolare, dimostra lo scambio epistolare agli atti tra il Dr. Med. _____ e il Dr. Med. _____, dal quale emergono gli accertamenti eseguiti e le terapie messe in atto per curare la pannicolite. Lo stesso Dr. _____ ha poi indicato nel proprio referto dell'11 gennaio 2008 che la pannicolite alla gamba destra è stata valutata la prima volta nel dicembre del 2006. Anche tali referti devono quindi essere ritenuti suscettibili di mettere in evidenza elementi di accertamento

retrospettivo della situazione precedente la decisione del 25 ottobre 2007 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Il medico del SMR, Dr. _____, nella annotazioni datate 20 dicembre 2007, per contro, ha precisato che “ L'eritema indurato tipo Bazin è una eruzione cutanea di dimensioni limitate di regola presente a livello d'un arto inferiore come nel presente caso. Questa patologia comporta unicamente disturbi a livello locale ma non comporta disturbi nel resto del corpo. Essendo la lesione locale già presente in occasione della perizia SAM nella medesima forma non si può parlare d'una modifica dello stato di salute ” (doc. IV). Il Dr. _____ ha poi indicato un possibile peggioramento passeggero della capacità lavorativa a partire dal mese di novembre 2007, in relazione al trattamento medicamentoso. Tuttavia, la Dr.ssa _____, già il 15 novembre 2007, ha diagnosticato l'eritema indurato di Bazin e il _____, Dr. _____, il 27 novembre 2007 ha certificato che tale patologia “ contribuisce ad invalidare il suo stato generale di salute ”. Il Dr. _____ il 28 novembre 2007 ha da parte sua affermato che le condizioni di salute psico-fisiche della paziente sono “ peggiorate negli ultimi mesi” a seguito della patologia dermatologica diagnostica e alla conseguente ripercussione negativa sul suo stato psicologico. Va poi precisato che lo stesso Dr. _____ nelle proprie annotazioni ha confermato il peggioramento dello stato di salute collocandolo a “ fine ottobre 2007 / inizio novembre 2007 ” e ritendolo posteriore alla decisione del 18 settembre 2007. Il TCA constata tuttavia che la decisione impugnata è datata 25 ottobre 2007 e non 18 settembre 2007. Vi è dunque una ancora maggiore vicinanza temporale tra l'emanazione della decisione impugnata e la redazione dei rapporti medici da parte del Dr. _____ e del Dr. _____ che non permette a questa Corte di fare propria l'opinione dell'UAI circa un peggioramento del quadro valetudinario unicamente dopo l'emanazione della decisione in questione. Alla luce di quanto qui sopra esposto, secondo il TCA, non può essere condiviso il parere dell'UAI secondo cui la patologia dermatologica non costituisce una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione del SAM e il peggioramento riscontrato è unicamente posteriore alla decisione impugnata.

2.9. 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, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore 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 (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - 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. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. 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. In

una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronunzia 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 psichiatrico e dermatologico, 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 peggioramento dello stato di salute. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 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.

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