

TI_GERICHTE 32.2008.146 vom 29. April 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-04-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.146

FR: TI_GERICHTE 32.2008.146 du 29 avril 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2008.146 del 29 aprile 2009

Regeste

Decisione con la quale UAI, in applicazione del metodo misto di calcolo, ha attribuito all'assicurata 3/4 di rendita per un periodo limitato di tempo, poi soppressa alla luce di un grado AI inferiore al 40%, deve essere annullata e gli atti rinviati all'UAI per esperire una perizia pluridisciplinare

Erwägungen

E. 28

cpv. 2ter LAI secondo cui " Qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGA. Se inoltre svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2bis. In tal caso, occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg. Questa giurisprudenza è stata ribadita in una STF 9C_15/2007 del 25 luglio 2007, in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504 e in una STF 9C_536/2008 del 14 novembre 2008. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 91 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. In particolare l'Alta Corte ha sviluppato le seguenti considerazioni: " 7.3 Anlässlich ihrer Sitzung vom 25. Juni 2007 gemäss Art. 23 Abs. 2 und 3 BGG haben die vereinigten sozialrechtlichen Abteilungen im vorliegend zu beurteilenden Fall die Grundsätze zur Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich (im Sinne des Art. 27 IVV [in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung]) wie folgt präzisiert: 7.3.1 Bei der Prüfung der Frage, ob die in den beiden Tätigkeitsbereichen vorhandenen Belastungen einander wechselseitig

beeinflussen (können), ist namentlich deren unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht gehalten, im Umfang ihrer noch vorhandenen Leistungsfähigkeit eine dem Leiden angepasste erwerbliche Tätigkeit auszuüben (vgl. Art. 28 Abs. 2ter IVG [eingefügt auf 1. Januar 2004] in Verbindung mit Art. 16 ATSG ; BGE130 V 97 E. 3.2 S. 99 mit Hinweisen), d.h. es ist ihr zumutbar, eine Beschäftigung zu wählen, bei der sich die gesundheitliche Beschränkung minimal auswirkt. Die erwerbliche Tätigkeit muss jedoch, entsprechend ihren jeweiligen Anforderungen, grundsätzlich allein ausgeführt werden. Bezogen auf die häuslichen Verrichtungen ist eine Wahl des Tätigkeitsgebietes demgegenüber nur beschränkt möglich, da die mit der Haushaltsführung einhergehenden Aufgaben als solche anfallen und erledigt werden müssen. Es besteht in diesem Bereich dafür eine grössere Freiheit in der zeitlichen Gestaltung der Arbeit und es ist den Familienangehörigen eine gewisse Mithilfe zuzumuten (vgl. E. 7.2 hievov), womit allenfalls vorhandene Einschränkungen abgefedert werden können. Schliesslich erscheint die Möglichkeit einer gegenseitigen Beeinflussung geringer, je komplementärer die Anforderungsprofile der Tätigkeitsgebiete ausgestaltet sind (beispielsweise Haushalt eher körperlich belastend, Erwerbstätigkeit eher intellektuell). Damit die sich durch die schlechte Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung berücksichtigt werden kann, muss sie folglich offenkundig und unvermeidbar sein (beispielsweise körperlich anstrengende Berufs- und Haushaltsarbeit oder psychisch belastende berufliche und familiäre Situation [kranker Partner, behindertes Kind etc.]). Von einer vermeidbaren Wechselwirkung ist demgegenüber nach dem G BGE 134 V 9 S. 13 esag ten auszugehen, wenn sie durch die - auf Grund der gesamten Umstände zumutbare - Wahl einer anderen Erwerbstätigkeit ausgeschlossen werden kann. 7.3.2 Wechselwirkungen sind nur dann zusätzlich zu berücksichtigen, wenn aus den Akten erhellt, dass die Arzt- und (Haushalts-) Abklärungsberichte nicht bereits in Kenntnis der im jeweils anderen Aufgabenbereich vorhandenen Belastungssituation erstellt worden sind, und konkrete Anhaltspunkte bestehen, dass eine wechselseitige Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne des in E. 7.3.1 hievov Dargelegten vorliegt, die in den vorhandenen Berichten nicht hinreichend gewürdigt worden ist. 7.3.3 Im hier massgeblichen Kontext beachtliche gesundheitliche Auswirkungen vom Erwerbs- in den Haushaltsbereich können nur angenommen werden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Tätigkeitsgebiet voll ausgenützt wird, d.h. der-für den Gesundheitsfall geltende-Erwerbsanteil die Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich übersteigt oder mit dieser identisch ist. 7.3.4 Ein allfälliges reduziertes Leistungsvermögen im erwerblichen Bereich infolge der Beanspruchung im Haushalt kann ferner lediglich für den Fall berücksichtigt werden, dass Betreuungspflichten (gegenüber Kindern, pflegebedürftigen Angehörigen etc.) vorhanden sind. Dies ergibt sich u.a. daraus, dass die Reduktion des zumutbaren erwerblichen Arbeitspensums, ohne dass die dadurch frei werdende Zeit für die Tätigkeit in einem Aufgabenbereich nach Art. 27 IVV (in der seit 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung) verwendet wird, für die Methode der Invaliditätsbemessung, d.h. für die Statusfrage, ohne Bedeutung ist. Wäre eine versicherte Person gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, vermindert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit (für Hobbys etc.) zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Allein stehende Personen werden bei einer freiwilligen Herabsetzung des Beschäftigungsgrades nicht gleichsam automatisch zu Teilerwerbstätigen mit einem Aufgabenbereich Haushalt neben der Berufsausübung (BGE 131 V 51 E. 5.1.2 und 5.2 S. 53 f ., je mit Hinweisen). Ist demnach

eine Haushaltsführung ohne weiter gehende häusliche Obliegenheiten wie Betreuungsaufgaben etc. nicht in jedem Fall statusrelevant, kann auch nicht von einer dadurch verursachten, IV-rechtlich abzugelenden erheblichen Belastung im erwerblichen Bereich ausgegangen werden. 7.3.5 Allfällige Wechselwirkungen sind stets vom anteilmässig bedeutenderen zum weniger bedeutenderen Bereich zu berücksichtigen. Sind beide Bereiche mit 50 % zu veranschlagen, ist sie dort beachtlich, wo sie sich stärker auswirkt. Nicht möglich im hier zu beurteilenden Zusammenhang ist demgegenüber, dass Wechselwirkungen kumulativ in beide Richtungen ihren Niederschlag im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit im je anderen Tätigkeitsbereich finden, führte dies doch zu einer doppelten Gewichtung. 7.3.6 Das in der Erwerbsarbeit oder im häuslichen Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld reduzierte Leistungsvermögen kann sodann nur berücksichtigt werden, wenn es offenkundig ist und ein gewisses normales Mass überschreitet. Dessen Ermittlung hat stets auf Grund der konkreten Gegebenheiten im Einzelfall zu erfolgen. In Anlehnung an den so genannten leidensbedingten Abzug vom statistischen Lohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens von nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit mehr ausübenden Versicherten (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 mit Hinweisen), welcher unter Einbezug aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % begrenzt ist (BGE 126 V 75 E. 5b/cc S. 80; AHI 2002 S. 69 ff., E. 4b/cc, I 82/01), erscheint vorliegend eine Limitierung der als erheblich anzusehenden Wechselwirkungen ebenfalls sachgerecht. Da invaliditätsfremde Aspekte, anders als beim erwähnten Leidensabzug, keine Rolle spielen, rechtfertigt sich jedoch ein niedrigerer, auf 15 ungewichtete Prozentpunkte festgesetzter Maximalansatz. 7.3.7 Eine Rückweisung an die Verwaltung zur näheren Abklärung ist schliesslich nur für den Fall angezeigt, dass das Endergebnis selbst bei Annahme einer entsprechend verringerten Leistungsfähigkeit im einen Tätigkeitsgebiet durch die Beanspruchung im anderen überhaupt beeinflusst würde." (DTF 134 V 12-14) Al riguardo il giudice federale S. Leuzinger-Naef nello studio "Die familienbezogene Rechtsprechung der sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts im Jahre 2007" in FamPra.ch 1/2009 pag. 112 seg. ha sviluppato le seguenti considerazioni: " 4. Invaliditätsbemessung Hier ist auf die neueste Rechtsprechung zur sogenannten gemischten Methode hinzuweisen, da sie hauptsächlich Anwendung findet auf Personen mit familiären Betreuungspflichten, die ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilweise erwerbstätig und im Übrigen im Aufgabenbereich, insbesondere im Haushalt, tätig wären: Für den Erwerbsbereich wird das Erwerbseinkommen im Gesundheits- und im Krankheitsfall verglichen, für den Aufgabenbereich ist der Umfang der Behinderung im Aufgabenbereich massgeblich. Anschliessend werden die Invaliditätsgrade der beiden Bereiche im Verhältnis der beiden Tätigkeitsbereiche gewichtet. In BGE 125 V 146 war offengelassen worden, ob eine allfällige verminderte Leistungsfähigkeit im erwerblichen Bereich oder im Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen ist. Laut Urteil I 156/04 vom 13. Dezember 2005 sind die Arbeitsunfähigkeit sowie die noch. zumutbaren Tätigkeiten in beiden Bereichen grundsätzlich gleichzeitig, unter Berücksichtigung allfälliger Wechselwirkungen, zu beurteilen. In BGE 134 V 9 wurden die Grundsätze der Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich präzisiert. So muss die sich aus der schlechten Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung offenkundig und unvermeidbar sein. Die Wechselwirkungen sind zudem nur dann gesondert zusätzlich zu berücksichtigen, wenn sie in de Arzt- und

Haushaltsabklärungsberichten nicht bereits berücksichtigt wurden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Bereich voll ausgenutzt wird und wenn Betreuungspflichten vorhanden sind (ansonsten gar keine im Aufgabenbereich vorliegt). Sie sind in jenem Bereich zu berücksichtigen, in dem sie sich stärker auswirken, und die Berücksichtigung ist auf (ungewichtet) 15 % beschränkt. Im Fall einer stark sehbehinderten Frau, die vollzeitlich als Telefonistin tätig gewesen war und nach der Geburt ihres Kindes ihre Erwerbstätigkeit auf 40% reduzieren wollte, diese Absicht aber nicht verwirklichen konnte, da sie wegen ihrer Sehbehinderung neben der familiären Mehrbelastung über keine Kapazitäten für die Ausübung der Berufstätigkeit verfügte, führten diese Präzisierungen zu einer Verneinung des Rentenanspruchs." 2.5. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.6. L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.7. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant

une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante.

2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la Clinique X. ne font pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais remettent en cause l'appréciation précédente - et fondée sur un même état de fait - des experts du COMAI. Ni l'administration ni les premiers juges n'ont cherché du reste à démontrer l'existence d'un changement de circonstances. Ils insistent plutôt sur le caractère probant de l'expertise de la Clinique X., en faisant totalement abstraction des règles sur la révision et comme s'il s'agissait en l'occurrence de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. Mais cela ne suffit pas, on l'a vu, pour justifier une révision du droit à la rente (cf. aussi Urs Müller, op. cit., p. 135, ch. 490).

3. 3.1. Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGa ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGa.

3.2 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt P. du 13 août 2003 [1790/01], consid. 3).

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'élucider les divergences issues d'avis médicaux contradictoires se trouvant au dossier que l'administration a recueilli l'expertise du COMAI, du 9 mai 1995, et qu'elle s'est fondée sur cette dernière pour allouer une rente entière au recourant, le 1^{er} décembre 1995. En présence d'un tableau clinique complexe, par ailleurs difficile à appréhender en raison de ses aspects subjectifs, la prise de position sur une incapacité de travail implique toujours un jugement d'appréciation. Or, un tel jugement ne saurait être qualifié de manifestement erroné que si les investigations

médicales dans les différents domaines concernés n'ont pas été entreprises ou qu'elles ne l'ont pas été avec le soin nécessaire (cf. arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité). Tel n'est pas le cas en ce qui concerne l'expertise du COMAI dans la mesure où cette expertise pluridisciplinaire répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer une pleine valeur probante. En tout cas, les critiques émises à l'encontre des conclusions du COMAI par les médecins de la Clinique X. ne suffisent pas pour admettre que ces conclusions sont dépourvues de crédibilité. Comme on l'a vu, on est en présence d'appréciations divergentes d'experts en ce sens que les uns, à la différence des autres, considèrent que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Seule une surexpertise serait de nature à les départager. Mais, ici également, on ne peut faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. Une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une expertise. On ne peut pas non plus affirmer que l'administration a commis à l'origine une erreur de droit, notamment en méconnaissant le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente: l'expertise du COMAI excluait toute possibilité de reclassement professionnel et ne laissait pas entrevoir, à brève échéance, une amélioration de l'état de santé qui eût permis la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle." Una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce dunque né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione. 2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I

148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole

gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: "(...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduite à nier

l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le

manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

2.9. Nella decisione dell'11 luglio 2008, l'UAI ha attribuito all'assicurata tre quarti di rendita di invalidità limitatamente al periodo dal 1° agosto 2005 al 28 febbraio 2007, sopprimendo poi questa prestazione a partire dal 1° marzo 2007, ritenuto che dal mese di dicembre 2006 l'assicurata è ancora abile al lavoro in maniera completa, dal profilo reumatologico, in attività adeguate e, dal confronto dei redditi, in applicazione del metodo misto di calcolo, risulta un grado di invalidità del 15.5%, che non dà diritto ad una rendita. Il TCA è, quindi, chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.5., 2.6. e 2.7., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° marzo 2007.

2.10. Nel caso di specie, al fine di chiarire la situazione dal profilo medico, l'UAI ha affidato al _____ (_____) di _____ il mandato di esperire una perizia psichiatrica. Nel referto peritale del 21 dicembre 2006, la dr.ssa _____, medico assistente _____ (indicata all'inizio del rapporto peritale come perito e firmataria dello stesso insieme al dr. _____, Capo clinica _____ e al dr. _____, Direttore settore _____, cfr. doc. 20-9), posta la diagnosi di “sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2)” (doc. 20-6), ha considerato l'assicurata inabile al lavoro al 20% sia nella sua precedente attività di cameriera e amministratrice degli affari amministrativi dell'ex-marito, sia in altre attività, indicando che ad influire sulla capacità lavorativa sia in termini quantitativi che qualitativi è la “sintomatologia depressiva soprattutto nelle sue manifestazioni di astenia, affaticabilità, difficoltà di concentrazione, anedonia, apatia, tendenza al ritiro sociale e scarsa progettualità” (doc. 20-8). La dr.ssa _____ ha rilevato che, sulla base dell'esame psichico effettuato e dall'esame degli atti, emerge obiettivamente che “la ripercussione dei sintomi psichici, squisitamente reattivi, sulla capacità lavorativa sarebbe stata particolarmente importante nella fase di maggior scempenso a causa della grave deflessione timica, delle difficoltà cognitive e delle notevoli quote d'ansia, ma che ora, attribuibile alla sintomatologia psichica, si ravvisa solo una modesta e parziale compromissione della capacità lavorativa, quantificabile intorno al 20% (doc. 20-7). Ella ha aggiunto che “tale limitazione trova giustificazione nella permanenza e nel consolidarsi di un disagio in termini di affaticabilità, astenia, apatia e quote d'ansia ma, anche se lentissimo, è riconoscibile un andamento in senso migliorativo che quindi contiene il grado di compromissione alla percentuale sopra-indicata. Infatti, anche se il quadro ha subito un miglioramento solo parziale, sono rilevabili significativi segnali interpretabili come indici di una evoluzione favorevole: iniziale elaborazione del lutto, riconsiderazione del proprio stile di vita ed assunzione di uno sguardo più propositivo,

seppur solo in minima parte, dal momento che coesiste con una scarsa progettualità” (doc. 20-7). La dr.ssa _____ ha ancora precisato che “nell’attribuire all’assicurata una percentuale di incapacità del 20%, piuttosto ridotta rispetto a quella delle precedenti valutazioni psichiatriche, si è tenuto conto dell’amplificazione del disagio causata dalla sintomatologia somatica, comunque intimamente connessa a quella psichica; secondo il parere della scrivente la sintomatologia algica e l’astenia dovuta all’ipotensione rappresentano fattori che si ripercuotono in larga misura sulla capacità di lavoro dell’assicurata” (doc. 20-7). La dr.ssa _____ ha quindi indicato: " (...) 5. Valutazione e prognosi Il quadro psicologico non avrebbe subito sostanziali miglioramenti e la risposta alla terapia non è stata fino ad oggi piena e soddisfacente, ma la presenza dei segnali indicati sopra depone per una prognosi abbastanza favorevole e per l'evoluzione verso un'entità del disagio psichico sempre più contenuta. Va sottolineato che il processo di elaborazione del lutto, che appare comunque lento e con risoluzione completa solo a lungo termine, rappresenta solo uno degli indici di miglioramento precedentemente citati e che quindi il permanere ed il consolidarsi di sintomi ansioso-depressivi potrebbe anche prescindere dalla completa elaborazione del lutto (nel senso che una volta avvenuta non sarebbe necessariamente accompagnata dalla risoluzione del quadro psicopatologico presentato). (...)" (Doc. 20-7) Sulla base di queste considerazioni del _____, 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) , nel suo rapporto medico del 20 febbraio 2007, ha indicato: " (...) - IL del 100% in qualsiasi attività dal 25.08.2004 (Dr. _____, MC) - IL del 100% in qualsiasi attività dal 07.07.2005, inizio del trattamento psichiatrico (Dr.ssa _____, psichiatra. Perizia psichiatrica, Dr. _____ - 14.11.2006 : Obiettivamente, sulla base dell'esame psichico e di quanto si evince dagli atti, si può affermare che la ripercussione dei sintomi psichici, squisitamente reattivi, sulla CL sarebbe stata particolarmente importante nella fase di maggiore scompenso a causa della grave deflessione timica, delle difficoltà cognitive e delle notevoli quote d'ansia, ma che ora, attribuibile alla sintomatologia psichica, si ravvisa solo una modesta e parziale compromissione della CL, quantificabile intorno al 20%; tale limitazione trova una giustificazione nella permanenza e nel consolidarsi di un disagio in termini di affaticabilità, astenia, apatia e quote d'ansia ma, anche se lentissimo, è riconoscibile un andamento in senso migliorativo che quindi contiene il grado di compromissione alla percentuale sopraindicata. Nell'attribuire all'A una percentuale di IL del 20%, piuttosto ridotta rispetto a quella delle precedenti valutazioni psichiatriche, si è tenuto conto dell'amplificazione del disagio causata dalla sintomatologia somatica, comunque intimamente connessa a quella psichica. La prognosi appare abbastanza favorevole. L'attività attuale è ancora praticabile, tenendo conto delle limitazioni sopra indicate. Non esistono limitazioni in ambito psichico che possano impedire eventuali provvedimenti d'integrazione. L'A è in grado di svolgere altre attività, dalla stessa data." (Doc. 23-2) Dato che nello svolgimento dell’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica, l’assistente sociale incaricata ha ritenuto di non potersi esprimere pienamente sul grado degli impedimenti dell’assicurata vista la mancanza di una approfondita valutazione dei disturbi reumatologici dell’interessata - osservando che “la documentazione medica all’incarto è lacunosa per quanto concerne la problematica reumatologica. Come ripreso dal dr. _____, il curante ritiene che le patologie di questa natura non abbiano influssi sulla capacità lavorativa. D’altro canto la signora lamenta soprattutto difficoltà fisiche e dichiara inoltre di avere subito un nuovo intervento

di stabilizzazione delle vertebre sul quale si dovrà indagare. Rimando pertanto l'incarto al segretario con la "bozza" delle dichiarazioni dell'assicurata affinché provveda a completare l'istruttoria relativa al recente intervento; sarà poi il medico SMR a valutare l'opportunità o meno di una perizia. Mi riservo di procedere alla valutazione dell'incapacità una volta che saranno approfonditi gli aspetti medici; se tuttavia si dovesse ritenere utile una perizia, propongo che il mio rapporto venga sottoposto al perito affinché prenda posizione circa l'esigibilità delle attività esigibili in ambito domestico" (cfr. doc. 30-6) – l'UAI ha predisposto una visita specialistica presso il dr. _____ del SMR, medico internista-reumatologo. Nel suo rapporto medico del 12 giugno 2007, dopo avere visitato personalmente l'assicurata, il dr. _____ ha posto le diagnosi principali di "stato dopo ablazione L5-S1, fenestrazione L4-L5 sinistra, decompressione canale spinale (15.12.2006); turbe statiche del rachide; stato dopo PLIF L5-S1 (2002); discopatia cronica C5-C6", mentre quali ulteriori diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha indicato quelle di "stato dopo meniscectomia mediale sinistra (agosto 2003); sindrome fibromialgica" (doc. 36-1). Il dr. _____ ha poi espresso la seguente valutazione: " (...) Assicurata in buone condizioni generali, soffre dal 2002 di una lombalgia trattata chirurgicamente per due volte con stabilizzazione tipo PLIF. Coesiste stato ansioso-depressivo reattivo a grave lutto familiare. Attualmente l'assicurata si presenta afona per una patologia già valutata dallo specialista ORL, probabile conseguenza dell'abuso nicotinic. L'assicurata presenta una buona mobilità complessiva. Riesce a svestirsi e a rivestirsi senza alcuna difficoltà, si mobilita ed esegue i passaggi posturali in modo libero e senza alcun limite. Le masse muscolari sono uguali e simmetriche in tutti i distretti. Mantiene la posizione seduta durante la raccolta anamnestica per circa 25 minuti senza alcuna difficoltà. Lamenta con insistenza una sensazione di astenia intensa presente durante tutte le ore della giornata. La sintomatologia lombare viene evocata con i frequenti movimenti di flessione, estensione e rotazione del rachide. Coesiste modesto dolore ricorrente in regione cervicale. Dal punto di vista reumatologico-funzionale, la sintomatologia riferita dall'assicurata è da imputare ad una spiccata sindrome fibromialgica. La mobilità complessiva che risulta ad oggi molto buona, non necessita di cure fisioterapiche ulteriori. La valutazione reumatologica funzionale odierna permette di stabilire una capacità lavorativa del 100% nel rispetto dei limiti sopra citati. Tale capacità lavorativa del 100% può essere considerata attuabile a distanza di tre mesi dall'ultimo intervento chirurgico in regione del rachide lombo-sacrale (15.12.2006). Attualmente l'assicurata non necessita di alcun tipo di ausilio. In riferimento alla sindrome fibromialgica non si identifica alcuna incapacità lavorativa. Il miglioramento dello stato ansioso-depressivo potrebbe portare ad un conseguente miglioramento dell'astenia intensa lamentata continuamente dall'assicurata." (Doc. 36-3+4) In una nota del 4 gennaio 2008, il funzionario incaricato ha posto al dr. _____ la seguente richiesta di precisazioni: " Vedasi rapporto dell'11.06.2007; ha indicato che l'A. sia da ritenersi inabile al 20% come impiegata dal novembre 2006. Detta IL è da considerarsi come diminuzione di rendimento? Si rende attento del fatto che l'A. lavora al 50%: un'IL del 20% è da riferirsi a tale attività svolta al 50%? Oppure, proprio perchè l'attività era svolta a tempo parziale, l'A., come salariata al 50%, può essere considerata totalmente abile?" (Doc. 46-1) Nelle annotazioni del 7 gennaio 2008, il dr. _____ del SMR ha risposto: " Precisazione: L'A. salariata al 50% risulta abile al 100% nel rispetto dei limiti indicati nella mia perizia del 12.06.2007." (Doc. 47-1) Contro la decisione dell'UAI di attribuirle tre quarti di rendita solo fino al 28 febbraio 2007, l'assicurata ha trasmesso all'amministrazione i seguenti referti medici: - certificato del 13 marzo 2008 del dr. _____, spec. FMH in

neurochirurgia, del seguente tenore: " La soprannominata paziente è sofferente di una sindrome lombovertebrale da anni. Persiste uno stato dopo intervento PLIF L5/S1 in presenza di una gravissima discopatia a quell'epoca con una listesi ed irritazione radicolare L5 bilateralmente. Dopo il suddetto intervento la situazione è migliorata per circa un anno per riacutizzarsi poi nel 2003 con forti dolori lombari. Ulteriori accertamenti hanno potuto evidenziare una discopatia plurisegmentale, ma accentuata nel livello L4/5 in presenza di una grossa ernia L4/5 a sx. In dicembre del 2006 ha avuto luogo un intervento di fenestrazione ed erniotomia L4/5 a sx con una fissazione del segmento. Questa è stata necessaria a causa della presente fissazione sottostante. Dopo questo secondo intervento la situazione lombare è leggermente migliorata, ma con apparizione di forti dolori cervicali già presenti comunque da anni ma esacerbati nel 2007 in presenza di processi degenerativi importanti pure a livello cervicale con una grave discopatia C5/6. La situazione è andata progressivamente peggiorando con netto aumento dei dolori lombari irradianti alle gambe in presenza ora di una discopatia importante L2/3 e L3/4. Si tratta qui quindi di una malattia sistemica del rachide. Inoltre la paziente accusa forti fastidi a livello cervicale con irradiazione alle braccia. In considerazione di quanto sopra non è da escludere che a medio termine un terzo intervento lombare con un prolungamento della fissazione da L2 a S1 sia necessario. Inoltre, considerando la grave discopatia cervicale, non posso escludere che a causa dei forti dolori cervicali, spesso associati a cefalee, un intervento ACIF del segmento C5/6 sia pure da prendere in considerazione. Al momento la paziente quindi risulta sicuramente inabile al lavoro in misura completa." (Doc. 54-5+6) - certificato del 17 marzo 2008 del dr. _____, spec. FMH in medicina generale, del seguente tenore: " Certifico d'avere tuttora in cura la signora affetta da Diagnosi: 1. Stato ansioso depressivo grave d'origine mista, in cura dalla psichiatra dottoressa _____. 2. Stato da isterectomia 5.9.04 3. Sindrome lombovertebrale cronica su lombalgia aspecifica su/con: sindrome miofasciale+discopatie L5/S1+turbe statiche con scoliosi+stato dopo PLIF L5/S1 12.7.2002. Nel dicembre 2006 erniotomia L4/5 su grossa ernia L4/5. 4. Cervico-brachialgia aspecifica su/con:sindrome miofasciale+sindrome delle faccette+discopatia cronica C5-6. 3. Gonalgia sx su/con: stato dopo distorsione 26.4.03+ osteonecrosi condilo femorale laterale+st.d. meniscectomia mediale sinoviectomia parziale 28.8.03 5. Poliartralgie alle mani bilateralmente. Per queste problematiche la signora risulta inabile al lavoro in forma totale dal 25.8.04 per tempo indeterminato. Regularmente quale medico di famiglia vedo la signora per controlli generali e terapie. Anche nel 2007 è stata ripetutamente in cura dal neurochirurgo dr. _____ per gli invalidanti problemi alla schiena, dall'ortopedico dr. _____ per i problemi alle ginocchia e per il problema depressivo dalla psichiatra dr.ssa _____. Ricordo che dal 12.4.07 al 10.5.07 la signora è stata ricoverata per cure fisioterapiche stazionarie, per i cronici dolori invalidanti alla schiena, presso la clinica di _____. Purtroppo tutte le terapie, come ben sapete, permettono alla signora di convivere con i propri malanni, in modo abbastanza tranquillo, solo per qualche settimana/mesi, per poi ricadere nella situazione primaria caratterizzata da cronici dolori e gravi limitazioni funzionali." (Doc. 54-7) Al riguardo, nelle sue annotazioni del 17 aprile 2008, il dr. _____ del SMR ha osservato: " Trattasi di osservazioni al progetto di decisione In data 04.03.2008, l'UAI ha emesso il suo progetto di decisione, che riconosceva, a partire dal 01.08.2005 il diritto a tre quarti di rendita, con grado del 65 % e, a partire dal 01.03.2007 la soppressione della rendita, essendo il grado di IL del 15.5 % dopo confronto dei redditi. Contro questo progetto, l'A., tramite il suo legale inoltra le sue osservazioni in data 10.04.2008, allegando ugualmente un rapporto medico del Dr. _____ del

13.03.2008 e del MC, Dr. _____ del 17.03.2008. La definizione dei gradi di IL in attività abituale come anche in attività adeguate è stata effettuata sulla base della perizia reumatologica effettuata presso il SMR dal Dr. _____, in data 12.06.2007. Tale valutazione ha permesso di stabilire che, a partire dal mese di agosto 2004 l'A presenta una IL completa, in qualsiasi attività. A decorrere dal mese di novembre 2006 la CL nell'abituale attività è dell'80%. Per contro, dal mese di marzo 2007 la CL è completa in attività adeguate, rispettose dei limiti funzionali descritti nella perizia. Dopo confronto dei redditi tra la professione svolta prima dell'insorgenza del danno alla salute e quello ottenibile in un'attività adeguata allo stato attuale, risulta una perdita di guadagno dell'1%. Secondo l'inchiesta casalinga effettuata in data 13.09.2007, l'impedimento è del 30%. Nel progetto di decisione dell'UAI vengono indicati con due specchietti il risultato del calcolo misto per fissare il grado d'IL complessiva dall'agosto 2005 e dal 01.03.2007. Nel primo caso risulta un grado di IL del 65% e nel secondo caso del 15.5 %. Nella suo certificato medico del 13.03.2008, il neurochirurgo, Dr. _____ ricorda l'anamnesi dell'A. con i due interventi chirurgici (2002 e 2006). Secondo lo specialista, la situazione lombare è leggermente migliorata dopo il secondo intervento ma con apparizione di forti dolori cervicali già presenti da anni ma esacerbati nel 2007 in presenza di processi degenerativi importanti pure a livello cervicale con una grave discopatia C5-C6. La situazione è andata progressivamente peggiorando con netto aumento dei dolori lombari irradianti alle gambe in presenza di una discopatia importante L2-L3 e L3-L4. Si tratta quindi di una malattia sistemica del rachide. Inoltre l'A. accusa forti fastidi a livello cervicale con irradiazione alle braccia. Lo specialista ritiene l'A. inabile al lavoro in misura completa. VALUTAZIONE In confronto alla perizia del Dr. _____ del 12.06.2007, il certificato medico del Dr. _____ del 13.03.2008 presenta importanti discrepanze. Il Dr. _____ parla di un peggioramento della patologia cervicale già presente da anni ma esacerbata nel 2007. Non specifica la data esatta dell'apparizione di tale peggioramento, che non era stato messo in evidenza in occasione della perizia del Dr. _____ in giugno 2007. Si chiede dunque al Dr. _____ di rivedere l'A. per valutare il decorso della patologia dal mese di giugno 2007 ad adesso per stabilire un eventuale peggioramento del quadro clinico e definire la CL attuale." (Doc. 57-1+2) L'assicurata è quindi stata nuovamente visitata in data 16 maggio 2008 dal dr. _____, il quale, nel suo rapporto medico del 19 maggio 2008, dopo avere preso visione della risonanza magnetica nucleare eseguita il 3 marzo 2008 con evidenza di discopatia L2-L3 e L3-L4, ha osservato: "(...) Valutazione e conclusione: Assicurata già valutata in data 12 giugno 2007 per stato dopo ablazione L5-S1, fenestrazione L4-L5 sinistra, decompressione canale spinale. Turbe statiche del rachide. Stato dopo PLIF L5-S1. Discopatia cronica C5-C6. Coesiste stato dopo meniscectomia e necrosi condilofemorale sinistro. L'assicurata ha eseguito nuova valutazione clinica dal Dr. _____ in data 13 marzo 2008 dove viene descritto: La situazione è andata progressivamente peggiorando con netto aumento dei dolori lombari irradiati alle gambe in presenza di una discopatia importante L2/3 e L3/4. Si tratta quindi di una malattia sistemica del rachide. Inoltre l'assicurata accusa fastidi a livello cervicale con irradiazione alle braccia. Non si esclude prossimo provvedimento chirurgico L2-S1. La valutazione funzionale odierna permette di stabilire una capacità funzionale invariata rispetto alla precedente valutazione SMR. L'assicurata riferisce un peggioramento nel tempo delle mialgie diffuse presenti al cingolo scapolare, cingolo pelvico, regione cervicale con irradiazione agli arti superiori. Tale peggioramento è giustificato da una ancora più spiccata sindrome fibromialgica. La digitopressione di tutti i Tender points fibromialgici risulta essere positiva e vivace.

L'assicurata inoltre ha sospeso per sua volontà la terapia ansiolitica ed antidepressiva. La rivalutazione clinica risulta parzialmente inficiata dal comportamento dimostrativo che prevale durante la raccolta anamnestica. Non sono obiettivamente segni irritativi di radice nervosa al rachide. La presenza di nuova ernia discale presente su L2-L3 e L3-L4 giustifica la variazione dei limiti funzionali come segue: deve evitare flessione ed estensione del rachide ripetuti; deve evitare la torsione ripetuta del tronco; deve evitare la flessione e l'estensione ripetuta degli arti inferiori; può sollevare abitualmente fino massimo 10 kg ; può sollevare solo saltuariamente fino massimo 15 kg ; deve evitare il sollevamento superiore ai 20 kg . Mantiene posizione statica seduta o in piedi massimo 30 min. Deve evitare situazioni di instabilità dell'equilibrio. Nell'ultima attività lavorativa come impiegata contabile l'assicurata presenta una capacità lavorativa del 100% con rendimento ridotto inteso come una pausa in più durante le ore lavorative rispetto a quanto normalmente concesso. In attività lavorative che rispettano i limiti sopraindicati l'assicurata presenta capacità lavorativa 100%. Incapacità lavorativa del 10% in attività come casalinga. L'assicurata non necessita di ausili ortopedici. L'evoluzione clinica è giustificata dal peggioramento della sindrome fibromialgica. Comunque si documenta la comparsa di nuova discopatia L2-L3 e L3-L4 al momento senza segni irritativi, che in futuro potrà essere trattata anche chirurgicamente. Si ritiene opportuno rivalutare il caso dal punto di vista psichiatrico per opportuna terapia con beneficio anche sulla nota sindrome fibromialgica." (Doc. 59-2+3) Sulla base di queste conclusioni mediche, l'UAI ha quindi attribuito all'interessata tre quarti di rendita di invalidità limitatamente al periodo compreso fra il 1° agosto 2005 e il 28 febbraio 2007. 2.11. In sede ricorsuale, l'assicurata ha contestato la decisione dell'UAI, trasmettendo al TCA i referti del 13 marzo 2008 del dr. _____ (doc. B) e del 17 marzo 2008 del dr. _____ (doc. C), già prodotti in sede di osservazioni al progetto di decisione dell'UAI. Al riguardo, nelle annotazioni del 15 settembre 2008, il dr. _____ del SMR, medico spec. FMH in medicina generale e il dr. _____, specialista in medicina interna/reumatologo, hanno osservato: " Salariata 50%, casalinga 50% IL dal 25.8.2004 Perizia psichiatrica dr. _____ del 14.11.2006: Diagnosi: sindrome mista ansioso-depressiva F 41.2 Limiti funzionali: affaticabilità, astenia, apatia, difficoltà di concentrazione, difficoltà a relazionarsi con i clienti, lieve diminuzione della performance cognitiva Impedimento valutato in un 20% Amplificazione del disagio causato dalla sintomatologia somatica Inchiesta casalinghe del 11.4.2007: non conclusiva, mancavano dati in merito a problema del rachide RIABILITAZIONE _____ dal 12 aprile 2007 al 10 maggio 2007 Diagnosi Sindrome cervico-dorso-lombare con/su: - attualmente: esacerbazione della sintomatologia dolorosa panvertebrale - stato dopo ablazione di materiale di fissazione L5/S1, fenestrazione L4/L5 a sx, decompressione canale spinale sx e subspinoso a dx. esplorazione disco bilaterale il 15.12.2006 su stenosi importante canale spinale L4/L5 in presenza di ipertrofia del legamento flavo e grossolana ciste sinoviale con osteofita che da sx restringe il canale spinale - sindrome miofasciale - insufficienza lombare - discopatia L5, S1 e lieve retrolistesi - turbe statiche con scoliosi - stato dopo PLIF L5/S1 2002 Cervico-brachialgia aspecifica con/su: - ● sindrome miofasciale - ● sindrome delle faccette - ● discopatia cronica cervicale Stato dopo gonalgia sx con/su: - stato dopo meniscectomia mediale e sinoviectomia parziale 28.8.03 - persistenza di un focolaio osteonecrotico condilo femorale laterale - stato dopo trauma contusivo in occasione di caduta il 26.4.03 Depressione reattiva trattata Poliartralgie alle piccole articolazioni delle mani Emicrania attualmente oligosintomatica FRCV: importante tabagismo attivo Decorso

molto soddisfacente con regressione notevole della sintomatologia algica panvertebrale
Visita SMR, dr. _____, del 12.6.2007: diagnosi: stato dopo ablazione L5-S1, fenestrazione L4-L5 sinistra, decompressione canale spinale il 15.12.2006 turbe statiche del rachide stato dopo PLIF L5-S1 (2002) discopatia cronica C5-C6 sintomatologia legata ad una spiccata sindrome fibromialgica. Capacità lavorativa piena in attività rispettosa dei limiti funzionali. Inchiesta casalinghe del 13.9.2007: - impedimento valutato in un 30%
Decisione UAI 4.3.2008: fino alla perizia psi si riconosce una IL del 100% quale salariata, quindi grado AI 65% da 8.2005, dal 1.3.2007 (3 mesi dopo perizia psi, assicurata con limitazione quale salariata solo marginale) risulta invece grado AI del 15,5%. Ricorso: vengono presentati: lettera dr. _____ del 13.3.2008 : egli indica genericamente un peggioramento nel 2007 con presenza di dolori invalidanti al 100% a livello del rachide cervicale e lombare. Non viene fornito nessun elemento clinico o radiologico nuovo. Lettera dr. _____ del 17.3.2008: - vengono riprese le note diagnosi - viene attestata una IL del 100% dal 25.8.2004 - situazione caratterizzata da dolori cronici e gravi limitazioni funzionali valutazione e conclusione: Gli attuali rapporti non apportano elementi clinici nuovi che giustificano un peggioramento dello stato di salute e della rispettiva capacità funzionale. Prevale tuttora la patologia fibromialgica. Si riconferma la valutazione medica del 12.6.2007 ." (Doc. IV/bis) L'assicurata ha poi trasmesso al TCA il seguente referto del 2 ottobre 2008 del dr. _____, indirizzato al patrocinatore dell'interessata: " Come richiesto la informo sulla soprannominata paziente. Come lei probabilmente saprà, conosco la paziente dal 2002 in seguito a dolori lombari importanti preesistenti da molti anni. Nel 2002 gli accertamenti radiologici avevano confermato processi degenerativi, in particolare in L5/S1 con una listesi stabile e scoliosi degenerativa. Una RM effettuata nel 2002 confermava una discopatia L5/S1 con incipiente discopatia L4/5 con spazio conservato e leggerissima disidratazione. A causa dei forti dolori la paziente era stata degente in Clinica _____ in giugno del 2002 ed in luglio del 2002 ha avuto poi luogo una fissazione intersomatica del segmento L5/S1. Dopo il suddetto intervento la sintomatologia algica lombare era pressoché scomparsa. Il 24.04.03 la paziente è caduta in giardino contusionando fortemente il ginocchio. A causa di un problema dello stesso, è stata poi operata con buon esito. In quell'occasione la paziente non accusava dolori lombari. Metà novembre del 2003 la paziente riferiva poi l'apparizione di dolori diffusi lombari e muscolari. La situazione è rimasta abbastanza stabile fino al 2006 dove progressivamente i fastidi sono aumentati per cui ha avuto luogo una RM lombare, che ha confermato un'ottima fusione del segmento L5/S1 ed ora presenza di una discopatia più importante in L4/5 ed in parte anche in L3/4 con una grossa ciste sinoviale L4/5 a sx che portava ad una compressione radicolare L5. A causa dei forti dolori lombari, ma soprattutto radicolari, in dicembre del 2006 ha avuto luogo un intervento di fenestrazione L4/5 a sx, ablazione del fissatore in L5/S1 e nuova fissazione del segmento L4/5. Dopo questo secondo intervento la situazione è nuovamente migliorata, ma con fastidi residuali lungo la gamba sx. In aprile/maggio del 2007 la paziente ha accusato dolori cervicali acuti ed esacerbazione dei dolori lombari. Dopo una degenza a _____, la situazione è leggermente migliorata. In quest'occasione veniva diagnosticata una fibromialgia. Rivedevo la paziente in febbraio del 2008 ed in quest'occasione accusava dolori alla gamba sx, in particolare al ginocchio e dolori lombari. Lamentava dolori acuti intermittenti. Provvedevo ad una nuova RM del rachide lombare che confermava ora gravi discopatie L2/3 e L3/4 con una buona fusione L5/S1 ed una fissazione stabile L4/5. In considerazione del fatto che la problematica degenerativa è a quanto pare progrediente, è evidente che ulteriori interventi potranno solo

portare ad un miglioramento limitato nel tempo. Tenendo conto anche del fatto che la paziente presenta una fibromialgia, ritengo che ulteriori interventi siano da prendere in considerazione unicamente in caso ci sia un'indicazione clinica molto importante. In considerazione del decorso avvenuto dal 2002 ad oggi è chiaro che la paziente presenta una patologia decisamente progrediente che anche chirurgicamente difficilmente potrà essere risolta. In considerazione di questa situazione e tenendo conto anche dei problemi cervicali, ritengo che la paziente non sia abile al lavoro neanche in attività leggere ed ergonomicamente confacenti. Oltre agli importanti problemi organici apportati nelle annotazioni mediche c'è anche una problematica psicologica relativamente importante. Il tutto assieme m'induce a ritenere, come già accennato sopra, la paziente inabile al lavoro." (Doc. E) A tale proposito, nelle annotazioni del 23 ottobre 2008, il dr. _____ e il dr. _____ del SMR hanno osservato: " Vedi nota SMR del 15.9.2008 Attuale nuova documentazione: rapporto dr. _____ del 2.10.2008: - egli ritiene l'assicurata inabile al 100% anche in attività adatta - presenza d'una problematica psicologica importante che influisce sulla CL - una nuova RM conferma la presenza d'una grave discopatia L2/3 e L3/4 con buona fusione L5/S1 e fissazione stabile L4/5 Valutazione: ● l'attuale RM in questione evidenzia in pratica una situazione invariata rispetto al 2006 con presenza d'una grave discopatia L2/3 e L3/4 con decorso regolare a livello dei segmenti fissati. ● Come già evidenziato in occasione dell'ultima visita SMR il peggioramento algico è da vedersi nell'ambito d'un peggioramento della fibromialgia e non in relazione ad un peggioramento a livello della problematica lombare. ● La problematica psichica è stata valutata già in precedenza nell'ambito d'una valutazione peritale. Conclusione: l'attuale rapporto del dr. _____ non modifica la valutazione reumatologica basata su visita in ambito SMR." (Doc. XII/bis) Con scritto del 17 novembre 2008, indirizzato al patrocinatore dell'assicurata, il dr. _____ ha indicato: " Con la presente La informo che la mia presa di posizione rimane invariata dal mio scritto del 02.11.08 anche dopo aver ricevuto i suoi scritti datati 29 ottobre e 4 novembre u.s." (Doc. F) 2.12. 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). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, 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). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: "(...) Par ailleurs, il y a lieu

d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), 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 objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" 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 ancora 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. 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). 2.13. 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. 2.12.), questo Tribunale non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto i disturbi che affliggono l'assicurata non sono stati sufficientemente chiariti.

2.13.1. Dal profilo somatico, l'UAI, basandosi sulle annotazioni del 14 settembre 2006 del dr. _____ del SMR – il quale, dopo avere richiesto al curante, dr. _____, i rapporti medici concernenti l'intervento alla colonna lombare subito nel 2002 dall'assicurata ad opera del dr. _____ e avere constatato che “come già indicato precedentemente i medici curanti non ritengono che le affezioni dell'apparato muscolo-scheletrico hanno influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurata” – ha concluso che “l'incapacità lavorativa nonostante l'importante documentazione medica agli atti non può essere ritenuta obiettivata”, predisponendo di conseguenza l'effettuazione solo di una perizia psichiatrica (cfr. doc. 16-1). In un secondo momento, tuttavia - dato che nello svolgimento dell'inchiesta economica per persone che si occupano dell'economia domestica dell'11 aprile 2007 l'assistente sociale ha riscontrato che “la documentazione medica all'incarto è lacunosa per quanto concerne la problematica reumatologica” e avere sottolineato che l'assicurata “lamenta soprattutto difficoltà “fisiche” e dichiara inoltre di avere subito un nuovo intervento di stabilizzazione delle vertebre sul quale si dovrà indagare” (cfr. doc. 30-6) – l'UAI ha affidato al dr. _____ del SMR, specialista in medicina interna/reumatologo, l'incarico di eseguire una visita specialistica, che ha avuto luogo in data 12 giugno 2007 (cfr. doc. 36-1). Ora, se è vero, da una parte, che il curante, dr. _____, spec. FMH in medicina generale, aveva posto, nel suo rapporto medico del 27 dicembre 2005 all'attenzione dell'AI, le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di “stato da isterectomia 5.9.2004; lombalgia aspecifica su/con sindrome miofasciale+discopatie L5/S1+turbe statiche con scoliosi+stato dopo PLIF L5/S1 12.7.2002; cervico-brachialgia aspecifica su/con sindrome miofasciale+sindrome delle faccette+discopatia cronica C5/C6; gonalgia sinistra su/con stato dopo distorsione 26.4.2003+osteonecrosi condilo femorale laterale+stato dopo meniscectomia mediale sinoviectomia parziale 28.8.2003; poliartralgie alle mani bilateralmente” (cfr. doc. 8-1) e che il dr. _____, specialista in chirurgia, nel suo rapporto del 6 luglio 2005 all'attenzione dell'assicuratore malattia aveva indicato quale anamnesi patologica remota quella di “conosciuti disturbi alla colonna vertebrale che hanno portato nel luglio 2002 all'intervento con PLIF L5/S1; esiti di meniscectomia mediale; soffre inoltre di cervicalgie su discopatie plurisegmentali nonché di poliartralgie soprattutto alle mani, in parte ai piedi; nota fibromialgia e ipotensione” (cfr. doc. 8-7), dall'altra, va tuttavia posto in rilievo il fatto che, dopo l'intervento di PLIF L5/S1 realizzato dal neurochirurgo dr. _____ nel 2002, l'assicurata è stata sottoposta, nel dicembre 2006, sempre da parte del dr. _____, ad un nuovo intervento chirurgico, con la diagnosi operatoria di “stato dopo PLIF L5/S1 nel 2002; discopatia L4/L5, L3/L4 e L2/L3 di leggera entità con stenosi importante del canale spinale in L4/L5 in presenza di un'ipertrofia del legamento flavo e grossolana ciste sinoviale con osteofita che da sx restringe notevolmente il canale spinale e comprime la

radice L5” (cfr. doc. 34-5, il corsivo è della redattrice). Tale intervento si è reso necessario, come spiegato dallo stesso dr. _____, in quanto l’interessata, dopo un decorso post-operatorio con riferimento all’intervento del 2002 con fastidi fluttuanti ma comunque con un miglioramento rispetto alla situazione preoperatoria, ha poi sviluppato una improvvisa acutizzazione dei dolori, con l’apparizione di forti dolori alla gamba sinistra lungo la fascia laterale fino al malleolo esterno, con una irritazione radicolare L5 a sinistra. Il dr. _____ ha indicato che “dall’esame di RM del rachide lombare è poi stata confermata una leggera discopatia L4/L5 e L3/L4 con un’ottima fusione L5/S1 e la presenza di una grossolana cisti sinoviale della faccetta articolare L4/L5 a sinistra con evidente compressione radicolare L5 ” (cfr. doc. 34-6, il corsivo è della redattrice). Pertanto, a mente del TCA, essendo l’assicurata stata sottoposta, in data 15 dicembre 2006, ad un nuovo intervento chirurgico di natura neurochirurgica, l’amministrazione avrebbe dovuto sottoporre l’assicurata non solo ad un esame specialistico reumatologico presso il dr. _____ del SMR, ma avrebbe anche dovuto predisporre l’esecuzione di una visita peritale specialistica neurochirurgica al fine di stabilire esattamente le patologie dell’interessata e il loro influsso sulla capacità lavorativa residua. Questo ragionamento vale a maggior ragione ritenuto che, nel certificato medico del 13 marzo 2008 trasmesso dall’assicurata all’UAI, il dr. _____ ha spiegato che, dopo il secondo intervento del 2006, sono apparsi forti dolori cervicali, già presenti da anni ma esacerbati nel 2007 in presenza di processi degenerativi importanti pure a livello cervicale con grave discopatia C5/C6. Lo specialista ha poi indicato che “la situazione è andata progressivamente peggiorando con netto aumento dei dolori lombari irradianti alle gambe in presenza ora di una discopatia importante L2/L3 e L3/L4 ” e forti fastidi a livello cervicale con irradiazione alle braccia. In presenza di questa malattia sistemica del rachide, il dr. _____ ha concluso che non si può escludere la necessità, a medio termine, di un terzo intervento lombare con un prolungamento della fissazione da L2 a S1, oltre ad un intervento ACIF del segmento C5/C6 a causa dei forti dolori cervicali spesso associati a cefalee. Il dr. _____ ha quindi considerato che “la paziente risulta sicuramente inabile al lavoro in misura completa ” (doc. 54-5, il corsivo è della redattrice). Alla luce di questo referto specialistico del dr. _____, che indica in maniera dettagliata e motivata le ragioni per le quali ritiene l’assicurata totalmente inabile al lavoro, l’amministrazione avrebbe dovuto predisporre una perizia neurochirurgica al fine di determinare la capacità lavorativa residua dell’interessata, come correttamente richiesto dal patrocinatore dell’interessata. Anche il dr. _____ del SMR, nelle sue annotazioni del 17 aprile 2008, ha del resto rilevato che “in confronto alla perizia del dr. _____ del 12 giugno 2007 il certificato medico del dr. _____ del 13 marzo 2008 presenta importanti discrepanze ” (cfr. doc. 57-2, il corsivo è della redattrice). Tuttavia, il dr. _____ si è limitato ad indicare che “il dr. _____ parla di un peggioramento della patologia cervicale già presente da anni esacerbata nel 2007”, chiedendo al dr. _____ “di rivedere l’assicurata per valutare il decorso della patologia dal mese di giugno 2007 ad adesso per stabilire un eventuale peggioramento del quadro clinico e definire la capacità lavorativa attuale” (cfr. doc. 57-2), ciò che il dr. _____ ha valutato in occasione della visita del 16 maggio 2008 (cfr. doc. 59-1). Questo Tribunale non può condividere l’operato dell’amministrazione. Se infatti è indubbio che il dr. _____ abbia messo in evidenza un peggioramento della patologia cervicale, come indicato dal dr. _____, va altresì sottolineato che lo stesso neurochirurgo ha anche riscontrato la presenza di una malattia sistemica del rachide, con un progressivo peggioramento dei dolori lombari, in presenza di una discopatia importante

L2/L3 e L3/L4 (cfr. doc. 54-6, il corsivo è della redattrice), che il dr. _____ ha ommesso di citare nella sua valutazione (cfr. doc. 57-2). Il dr. _____, nel suo referto del 2 ottobre 2008, ha poi nuovamente ribadito che l'assicurata presenta una patologia del rachide progrediente che, unitamente ai problemi cervicali, fanno sì che l'interessata " non sia abile al lavoro neanche in attività leggere ed ergonomicamente confacenti " (doc. E, il corsivo è della redattrice). Tale valutazione è stata poi nuovamente confermata dal dr. _____ con scritto del 17 novembre 2008 (cfr. doc. F). Alla luce di queste motivate prese di posizione da parte dello specialista in neurochirurgia, dr. _____, l'UAI avrebbe quindi indubbiamente dovuto approfondire anche questa problematica neurochirurgica e non limitarsi, come ha fatto, ad un esame esclusivamente dei disturbi cervicali dal profilo reumatologico. Il TCA non può in particolare condividere le osservazioni presentate dal dr. _____ e dal dr. _____ del SMR, peraltro non specialisti in materia (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), nelle loro annotazioni del 23 ottobre 2008, nelle quali hanno ritenuto che il rapporto del dr. _____ "non modifica la valutazione reumatologica basata su una visita in ambito SMR" (cfr. doc. XII/bis). Questo genere di valutazione competeva, difatti, unicamente ad uno specialista in neurochirurgia. Già solo per queste ragioni quindi, a mente del TCA, l'incarto va rinviato all'UAI per ulteriori accertamenti medici somatici.

2.13.2. L'aspetto psichiatrico è stato valutato dal _____ (_____) di _____. Nel referto del 21 dicembre 2006, la dr.ssa _____ del _____, posta la diagnosi di "sindrome mista ansioso-depressiva (ICD10-F41.2)", ha considerato l'interessata inabile al lavoro al 20% (cfr. doc. 20-7). Al riguardo, il TCA rileva innanzitutto che dal referto peritale risulta che il perito incaricato dell'esame peritale è la dr.ssa _____ (cfr. doc. 20-1), medico assistente _____, la quale ha poi sottoscritto il referto peritale unitamente al dr. _____, capo clinica _____ e al dr. _____, Direttore _____ (cfr. doc. 20-9). In tale contesto va preliminarmente rilevato che in una sentenza I 65/07 del 31 agosto 2007, il Tribunale federale ha ritenuto non probante la perizia effettuata da un medico SMR, a causa di irregolarità formali legate alla sua persona e all'esercizio della sua attività. In quel caso, il medico SMR aveva infatti effettuato una valutazione psichiatrica, apponendo, accanto alla sua firma, l'indicazione "specialista FMH in psichiatria". L'Alta Corte ha comunque sottolineato che, al momento di esprimere la sua valutazione, il medico SMR non era in possesso del titolo di "specialista in psichiatria e psicoterapia" ai sensi della legislazione federale in materia. Pur avendo seguito la formazione completa in psichiatria e psicoterapia, ricevendo una attestazione dalla FMH, egli non aveva conseguito il titolo postgrado di specialista, dato che non possedeva un diploma federale di medicina o un diploma di medicina riconosciuto in Svizzera. Per le medesime ragioni egli non era nemmeno titolare del titolo di "psichiatra FMH", posto che la sigla FMH è esclusivamente riservata ai membri della Federazione dei medici svizzeri (FMH) in possesso di un titolo postgrado federale o di un titolo di formazione postgraduata riconosciuto. Inoltre, nel caso in esame, il medico SMR, oltre a non essere abilitato ad esercitare la professione di medico a titolo indipendente, non era neppure abilitato ad esercitare a titolo dipendente, in mancanza di un diploma federale svizzero o di un diploma straniero riconosciuto, requisiti necessari per ottenere un'autorizzazione in tal senso. In una sentenza 32.2007.162 dell'8 maggio 2008, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha già avuto modo di rilevare, sulla base delle precisazioni richieste in quell'occasione al SAM, che in quel caso la dr.ssa responsabile dello svolgimento della perizia psichiatrica era in possesso, dal 16 novembre

2005, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del titolo in psichiatria e psicoterapia, sia di un certificato di riconoscimento a livello federale del diploma di laurea in medicina e chirurgia e del diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e della chirurgia conseguiti all'estero (cfr. doc. XII e i relativi allegati presenti nell'inc. 32.07.162), ritenendo pertanto di poter prendere in considerazione il referto peritale psichiatrico stilato dal medico in questione. In un'altra sentenza 32.2007.187 del 18 giugno 2008, cresciuta incontestata in giudicato, questo Tribunale ha ritenuto di poter prendere in considerazione la perizia psichiatrica effettuata da un medico del SMR, dopo avere accertato che lo stesso era in possesso del titolo di specialista in psichiatria e psicoterapia, riconosciuto dalle competenti autorità, come espressamente indicato dal medico responsabile del SMR, rispondendo ad una richiesta di chiarimenti da parte del TCA. Nella fattispecie concreta, dagli atti non risultano indicazioni circa il livello di specializzazione della dr.ssa _____.

Neppure è chiaro se l'apposizione della firma da parte del dr. _____ e del dr. _____ – quest'ultimo indicato nelle annotazioni dei medici del SMR quale autore della perizia psichiatrica (cfr. doc. 23-1; doc. IV/bis) - costituisce un'assunzione di responsabilità circa l'esame psichiatrico svolto e le conclusioni alle quali è giunta la dr.ssa _____. Tale questione non merita comunque, in questa sede, ulteriori approfondimenti, ma dovrà al contrario essere accertata dall'UAI, al quale gli atti vanno rinviati affinché allestisca una nuova valutazione peritale specialistica, per i motivi che seguono. Va infatti sottolineato che, nel rapporto medico del 19 maggio 2008, il dr. _____ del SMR ha rilevato di ritenere " opportuno rivalutare il caso dal punto di vista psichiatrico per opportuna terapia con beneficio anche sulla nota sindrome fibromialgica " (cfr. doc. 59-3, il corsivo è della redattrice). Il TCA non può che censurare l'agire dell'UAI, il quale, nonostante questa esplicita e chiara conclusione del dr. _____ del SMR, non ha tuttavia predisposto un ulteriore esame specialistico a livello psichiatrico. Pertanto, questo Tribunale ritiene che anche dal profilo psichiatrico l'incarto deve essere rinviato all'UAI per nuovi accertamenti medici specialistici. In tale ambito occorrerà tenere conto del fatto che, nel certificato del 17 marzo 2008, il dr. _____, ha indicato che l'assicurata continua ad essere in cura dalla psichiatra dottoressa _____ per uno stato ansioso depressivo grave d'origine mista (doc. 54-7, il corsivo è della redattrice) e che il dr. _____, nel suo scritto del 2 ottobre 2008 trasmesso al TCA dal patrocinatore dell'interessata, ha sottolineato che l'assicurata, oltre agli importanti problemi organici, presenta pure una problematica psicologica relativamente importante (cfr. doc. E, il corsivo è della redattrice). La nuova valutazione peritale psichiatrica dovrà parimenti esaminare anche dal punto di vista psichiatrico la diagnosi di fibromialgia presentata dall'assicurata, conformemente a quanto stabilito dalla giurisprudenza. Va infatti ribadito che l'Alta Corte, in una sentenza I 336/04 dell'8 febbraio 2006, pubblicata in DTF 132 V 65, ha stabilito che per valutare le incidenze sulla capacità lavorativa di una fibromialgia è necessario, di regola, un apprezzamento del reumatologo e dello psichiatra (cfr. DTF 132 V 72) ed ha ritenuto di applicare per analogia alla fibromialgia i principi giurisprudenziali sviluppati in materia di disturbi da dolore somatoforme (cfr. DTF 132 V 71-72). 2.13.3. 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 rinviato all'Ufficio AI, affinché faccia allestire al più presto una perizia pluridisciplinare, al fine di chiarire sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa della ricorrente. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200 e 1'000 franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.