

TI_GERICHTE 32.2008.222 vom 20. Oktober 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-10-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.222

FR: TI_GERICHTE 32.2008.222 du 20 octobre 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.222 del 20 ottobre 2008

Regeste

Revisione. Viste le risultanze degli accertamenti medici bisogna concludere che globalmente la situazione valetudinaria non ha subito importanti cambiamenti ed è pertanto a ragione che l'Ufficio AI ha confermato il diritto ad un quarto di rendita

Erwägungen

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. Nel caso concreto l'Ufficio AI ha respinto la domanda di revisione 28 febbraio 2006 e confermato il diritto ad un quarto di rendita (doc. AI 103/1-3 e 113/1-3) fondandosi sulle risultanze della perizia pluridisciplinare 30 giugno 2008 del SAM, del rapporto medico 7 luglio e delle annotazioni 16 ottobre 2008 del medico SMR (cfr. doc. AI 101/1-51, 102/1-2 e 112/1). 2.6. 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. (...)" (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) 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 Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)" (cfr. STFA del 16 ottobre nella causa N., 9C_142/2008, consid. 2.2) 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione

sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto 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).

E. 2.1

se sì con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro)? a. Secondo lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro? 3- L'assicurato è in grado di svolgere altre attività Sì.

E. 2.2

Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico La paziente non è in grado di assumere posture monotone per più di 4 ore, deve poter cambiare regolarmente postura, circa ogni 2-3 ore. Non deve camminare ripetutamente per più di 1,5 km, non può sollevare ripetutamente pesi superiori ai 15 kg o lavorare a lungo (30 minuti) sopra l'orizzontale. a. L'attività attuale è ancora praticabile? L'attività di centralinista è praticabile nella misura del 70 %.

E. 2.4

Se sì, in quale misura (ore al giorno)?

E. 2.5

E presente inoltre una diminuzione della capacità di lavoro?

E. 2.6

Se sì, in che misura?

E. 2.7

Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro dal lato medico di almeno il 20%? Dal 14.02.2001. a. Qual è stato in seguito lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? La capacità lavorativa fino al 28.01.2004 è regolata dalla perizia del dottor _____, in seguito essa è rimasta stabile al 30% in un lavoro leggero che contenga le limitazioni indicate al punto 2.2. C- Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1- E possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso? Ne sono previsti? Sì. 1.1 Se sì, la preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione La paziente necessita unicamente di una riqualifica professionale in un'attività adatta. Dal punto di vista medico è già stato fatto tutto il possibile per mantenere la paziente in tale abilità. 1.2 Se no preghiamo di motivare 2- È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No.

E. 2.9

Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1. luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 200.-- sono poste a carico della ricorrente.

E. 3

mesi dall'intervento e perciò suscettibile di miglioramenti), per il resto non ci sono cambiamenti. I limiti funzionali dati sono sovrapponibili a quelli su cui si sono basate le precedenti conclusioni, anche se la mobilità della spalla sinistra è più ridotta, e la valutazione globale che ne esce anche, pur con una differente valutazione della componente psichica sulla % di IL rispetto al 2002, trattandosi comunque di patologie che si manifestano nella stessa sintomatologia. In conclusione sono da ritenere valide le conclusioni precedenti e il grado AI calcolato, anche se alla fine della valutazione la CL dell'A. è superiore a quanto avevano rilevato dai [ndr. recte: i] reumatologi nel 2004 e nel 2006 per quel che riguarda la parte reumatologica, in presenza di una situazione clinica non migliore. Da aprile a giugno 08 IL 100% temporanea per l'operazione alla spalla sinistra." (doc. AI 102/2). Occorre innanzitutto rilevare che, secondo la giurisprudenza (DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, come nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Nel caso concreto si tratta quindi della decisione 25 aprile 2005, con la quale all'assicurata è stato riconosciuto il diritto ad un quarto di rendita dal 1. febbraio 2002 con un aumento ad una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. giugno al 31 dicembre 2003 (doc. AI 59/2-7). Questa decisione è stata presa fondandosi, per quanto riguarda l'aspetto medico, sulla perizia pluridisciplinare del SAM 20 gennaio 2003 (doc. AI 19/1-45 e 36/11) e sulla perizia reumatologica 28 gennaio 2004 del dr. _____ (doc. AI 36/1-9). Nell'ambito della domanda di revisione 28 febbraio 2006 (doc. AI 70/1) il dr. _____ ha poi reso la perizia reumatologica 24 aprile 2006 (doc. AI 74/1-12). Nella perizia pluridisciplinare 20 gennaio 2003 (doc. AI 19/1-45 e 36/11) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a quattro consultazioni specialistiche esterne, di natura reumatologica (dr. _____), neurologica (dr. _____), endocrinologica (dr. _____) e psichiatrica (dr. ssa _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influo sulla capacità lavorativa: Tendinopatia a catena cronica dell'arto sup. sin. con: - periartrite omeroscapolare tendinotica, senza segni a favore di una lesione della cuffia dei rotatori; - epicondilita ulnare e radiale, st. da denervazione secondo Willhelm e Homan l'8.02.2000; - modico TOS (thoracic outlet syndrom, sindrome dell'apertura toracica); - irritazione del nervo ulnare a livello del solco del nervo ulnare al gomito sin.; - modica sindrome del tunnel carpale. Gonalgia cronica ds., con - st. da trauma distorsivo ca. nel 1984, con rottura del legamento crociato ant., conseguente instabilità ant. e versamenti recidivanti anamnestici; - st. da osteotomia correttiva bilaterale per ginocchia valghie nel 1982. Obesità d'origine alimentare (BMI 32 kg/m2), con - test di soppressione al Dexametasone nella norma il 12.02.2000 ed eutiridismo; - epicondilopatia cronica bilaterale, st. dopo intervento al gomito sin. nel marzo 2000. 5.2 Diagnosi senza influo sulla capacità lavorativa: Dolori cronici alla caviglia sin. di natura funzionale, con - st. da

distorsione, con lesione anamnestica dei legamenti collaterali, l'1.12.1997, trattata conservativamente. Sindrome lombospondilogenica cronica, con - irritazione secondaria dell'articolazione sacroiliaca ds.. Ernia iatale, con discreto reflusso gastroesofageo (endoscopia del marzo 1998). St. dopo laparoscopia l'8.2000 e 6 2001 (dolori pelvici, cisti ovarica ds.). Disturbo di personalità non altrimenti specificato. Lieve ipercolesterolemia." (doc. AI 19/13-14) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione, i periti del SAM, posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A., in un'attività leggera, è valutato nella misura superiore all'80%. In un'attività pesante-mediamente pesante, ripetitiva, l'A. è da ritenere inabile al lavoro nella misura del 50%. (...)" (doc. AI 19/16), avevano concluso: " (...) 8

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le limitazioni qualitative e quantitative, sul piano fisico e mentale, nonché psichico, sono descritte al capitolo 6. I disturbi psichici della peritanda non influenzano la capacità lavorativa e neppure una riqualifica professionale. Sul piano fisico, invece, le limitazioni (impossibilità a sottostare a movimenti eccessivamente ripetitivi con gli arti sup., di flessione / estensione ripetuta delle ginocchia, a posizione inginocchiata, impossibilità a sostenere movimenti con gli arti sup. attorno o sopra l'orizzontale, se non sporadicamente, e l'impossibilità di mantenere gli arti sup. in tale posizione oltre a pochi secondi, riducono la capacità lavorativa della peritanda in un'attività pesante - mediamente pesante e ripetitiva nella misura del 50%. In un'attività leggera e adatta l'A. presenta, dal punto di vista fisico, una limitazione non oltre al 20%. Sulla base di quanto detto, dunque, riteniamo che un'attività leggera e adatta, per esempio un'attività sedentaria, come telefonista, impiegata d'ufficio, ecc., sia esigibile da parte dell'A. in misura superiore al 80%. Dagli atti in nostro possesso possiamo affermare che queste limitazioni siano presenti a partire dal 14.02.2001 (vedi certificato medico AI del 12.06.2001). Da quanto descritto agli atti ed evidenziato durante l'attuale perizia, non riteniamo si possa argomentare una capacità lavorativa inferiore al 80% per un periodo prolungato in un'attività leggera e adatta. L'attuale stato di salute della Signora _____ é stazionario da diversi anni e non riteniamo che in futuro ci si possa attendere a miglioramenti o peggioramenti di rilievo. 9

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Come ben descritto nel rapporto della nostra consulente psichiatra, dr.ssa _____, l'A. presenta un atteggiamento contraddittorio: da una parte si dice motivata a lavorare solo in determinati ambiti (naturopatia), nello stesso tempo si dichiara non disposta ad una riqualifica, per altro necessaria. Da una parte si descrive orgogliosa ed ambiziosa, dall'altra si adegua alla situazione con nessun tentativo di rivalsa. Dopo essere stata interpellata riguardo ad un'eventuale riqualifica professionale, l'A. si esprime in tal modo: "Io tenterò, qualora non dovessi riuscirci si potrà almeno dire che abbia tentato". Crediamo quindi che ella non sia molto motivata in tal senso. Andrebbe pertanto valutata da un professionista del campo, quale un orientatore professionale, per stabilire se ev. vi siano dei campi che possano motivare l'A. a sottostare ad una riqualifica professionale. L'A. potrebbe essere aiutata nella ricerca di un posto di lavoro, quale per esempio telefonista, ausiliaria in ufficio, ecc.. 10

RISPOSTE A DOMANDE PARTICOLARI Domande particolari non sono poste. (...)" (doc. AI 19/16-18) L'Ufficio AI, visto l'intervento al ginocchio destro subito il 30 aprile 2003 (doc. AI 30/1-3), ha chiesto una nuova perizia al dr. _____ (doc. AI 33/1 e 34/1). Il dr. _____, FMH in reumatologia, nella perizia 28 gennaio 2004 (doc. AI 36/1-11), poste le seguenti diagnosi: " 4.1 Diagnosi con influo sulla capacità di lavoro: Gonalgie di tipo meccanico persistenti a destra - stato da osteotomia correttiva per

ginocchia valghe nel 1981 ca. - stato da trauma distorsivo nel 1984 ca. con rottura del LCA - conseguente instabilità anteriore - lesioni degenerative secondarie (incipiente gonartrosi tricompartmentale, rottura parziale del menisco mediale e del menisco laterale) - ricostruzione del legamento crociato anteriore, meniscectomia parziale mediale e laterale il 30.04.03 con ottimo risultato oggettivo Periartrite omeroscapolare tendinotica cronica a sinistra - nell'ambito di una tenomiosi a catena e di un disturbo di elaborazione del dolore - su acromiun uncinato (tipo 3) con restringimento dello spazio acromiale, senza borsite, senza lesioni della cuffia dei rotatori Tenomiosi a catena dell'arto superiore sinistro - periartrite omeroscapolare tendinotica - epicondilitis ulnare e radiale, stato da denervazione secondo Wilhelm e Hohman 08.02.00 - modico TOS a sinistra - sindrome del tunnel carpale "funzionale" (irritazione cronica del nervo mediano con ENG normale 16.12.02) - irritazione del nervo ulnare a livello del solco al gomito sinistro Sindrome lombospondilogenica cronica - irritazione secondaria dell'articolazione sacroiliaca destra - radiografia della colonna lombare del 02.12.02: normale Dolori cronici alla caviglia destra di natura funzionale - stato da distorsione con lesione anamnestica dei legamenti collaterali laterali 01.12.97 trattata conservativamente - stato da artroscopia tibiotarsica a destra e sbrigliamento artroscopico del tessuto cicatriziale di interposizione tibiotarsica a destra il 10.03.99 Disturbo di elaborazione del dolore in primo piano nelle diverse problematiche citate con tendenza alla fibromialgia - dolori addominali cronici di origine indeterminata - stato dopo laparoscopia diagnosticata 1990 e 05.09.2001 - algie facciali a destra 4.2 Diagnosi senza influsso sulla capacità di lavoro: Eccesso di peso (BMI 29kg/m²) Stato dopo meatomia media bilaterale, etmoidectomia e turbinoplastica inferiore sinistra il 16.01.03. Stato dopo meatomia inferiore sinistra nel 1995 per sinusiti a ripetizione Disturbo di personalità non altrimenti specificato (diagnosi Dr.ssa _____, Dr. _____ 24.12.02) " (doc. AI 36/5-6) ha concluso: " (...) 5. VALUTAZIONE E PROGNOSE: Si tratta di un'assicurata attualmente 33enne, che ha conseguito il diploma di scuola media in seguito ha lavorato come allieva infermiera odontoiatrica senza però conseguire il relativo diploma. L'assicurata ha lavorato in seguito come cassiera, come ausiliaria di cura, quindi come responsabile del servizio clienti presso il _____, poi come cameriera e come venditrice e infine nuovamente come infermiera odontoiatrica. Lavoro che interrompe per problemi di salute. In seguito l'assicurata ha lavorato come centralinista in due occasioni. Dall'ottobre 2000 non esercita alcuna attività lavorativa e, dopo la perizia pluridisciplinare SAM del 20.01.03, non ha più cercato lavoro. Per quanto riguarda la problematica reumatologica, ortopedica, l'assicurata lamenta gonalgie di tipo meccanico a destra ben spiegate da una rottura del legamento crociato anteriore avvenuta nel 1984 con conseguente instabilità e lesioni degenerative secondarie del menisco mediale, del menisco laterale, nonché incipiente gonartrosi tricompartmentale. Il 30.04.03 è stata realizzata da parte del Dr. _____ una ricostruzione del legamento crociato anteriore e sono state regolarizzate le lesioni degenerative del menisco mediale e laterale. L'intervento ha avuto un ottimo risultato intraoperativo e anche clinico nel decorso da un punto di vista oggettivo. Soggettivamente però la situazione appare invariata o addirittura peggiorata con grosse limitazioni funzionali che limitano la deambulazione a 15 min. con crescente zoppia e rendono insicura la paziente nel fare le scale. Per quanto riguarda il ginocchio vi è quindi un miglioramento oggettivo rispetto al consulto di reumatologia del 06.12.03, con riserva per l'intervento che è ancora relativamente fresco ma vi è un peggioramento soggettivo da imputare a mio avviso prevalentemente a un disturbo di elaborazione del dolore discusso in seguito. Un secondo problema attualmente

soggettivamente in primo piano è una periartropatia omeroscapolare tendinotica cronica a sinistra, problema già discusso in occasione del consulto di reumatologia del 06.12.02 e interpretato prevalentemente nell'ambito di una tenomiosi a catena dell'arto superiore sinistro. Ulteriori indagini da parte del Dr. _____ e in particolare l'Arthro IRM del 07.11.03 hanno permesso di evidenziare la presenza di un acromio uncinato di tipo 3 che riduce lo spazio sottoacromiale senza associata borsite sottoacromiale e senza alcuna lesione degenerativa o di qualunque natura a carico dei tendini della cuffia dei rotatori. Riguardo alla spalla sinistra, rispetto al consulto di reumatologia del 06.12.03, abbiamo un reperto oggettivo sconosciuto in precedenza, cioè la presenza di un acromio uncinato che restringe leggermente lo spazio sottoacromiale e può favorire una periartropatia omeroscapolare tendinotica. D'altra parte non vi è alcuna evidenza alla risonanza magnetica per una tendinite cronica, per alterazioni degenerative a carico dei tendini della cuffia dei rotatori o per un'associata borsite sottoacromiale. L'importanza soggettiva, la limitazione funzionale e il decorso cronico sono probabilmente in parte da attribuire alla presenza di una tenomiosi a catena di tutto l'arto superiore sinistro e di un disturbo di elaborazione del dolore. La paziente presenta una tenomiosi a catena dell'arto superiore sinistro, come descritto il 06.12.02. Gli altri elementi che compongono questa tenomiosi a catena (epicondilite ulnare radiale, TOS, sindrome del tunnel carpale funzionale e irritazione del nervo ulnare) appaiono oggettivamente invariati rispetto al controllo del 16.12.02. Soggettivamente la tenomiosi a catena dell'arto superiore sinistro è nettamente peggiorata. Il peggioramento è a mio avviso da attribuire a un disturbo di elaborazione del dolore. Sono note ancora una sindrome lombospondilogenica cronica e dolori cronici alla caviglia destra già citati nel consulto del 06.12.02 e invariati. La paziente presenta un disturbo di elaborazione del dolore con tendenza alla fibromialgia. Si tratta di dolori generalizzati fluttuanti. In assenza però di almeno 11 su 18 punti di fibromialgia eccessivamente dolorosi ad una pressione digitale di ca. 4 kg, la diagnosi di fibromialgia non può ancora essere formalmente ritenuta secondo i criteri di classificazione ACR 1990. Questa sindrome del dolore cronico si sta progressivamente aggravando, secondo le indicazioni della paziente e spiega il peggioramento più soggettivo che oggettivo delle diverse problematiche precedentemente discusse nonché, come segnalato in occasione del consulto del 06.12.02, il cattivo risultato soggettivo (cioè la sensazione della paziente di un peggioramento rispetto a prima dell'intervento) dopo 2 interventi chirurgici che non hanno presentato problemi maggiori e hanno dato buoni risultati oggettivi. Anche se non sono formalmente riempiti i criteri diagnostici ACR 1990 per la diagnosi di fibromialgia, il quadro clinico attuale è a mio avviso assimilabile a quello di una fibromialgia. Appare corretto tener conto di questo disturbo di elaborazione del dolore nella valutazione della capacità lavorativa. Appoggio l'attitudine prudente del chirurgo Dr. _____ di fronte al previsto intervento chirurgico sulla spalla sinistra. Il rischio di un insuccesso soggettivo appare relativamente alto e mi sembra vi sia un rischio aumentato per una capsulite retrattile o un'algodistrofia. B.

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO 1. MENOMAZIONI (QUALITATIVE E QUANTITATIVE) DOVUTE AI DISTURBI CONSTATATI A livello psicologico e mentale non trovo attualmente alcun problema che non sia stato valutato in modo estensivo nell'ambito della perizia psichiatrica del 24.12.02. Le menomazioni a livello fisico sono state riportate in dettaglio in precedenza. Le problematiche in ambito sociale segnalate dalla paziente sono state riportate nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 20.01.03 e in parte al punto 1.6. 2.

CONSEGUENZE DEI DISTURBI SULL'ATTIVITÀ ATTUALE 2.1 COME SI RIPERCUOTONO I

DISTURBI SULL'ATTIVITÀ ATTUALE DELL'ASSICURATA? L'assicurata è limitata dalle gonalgie a destra e agli spostamenti oltre 15 min., nel salire e scendere le scale e in tutti i movimenti di flessione/estensione del ginocchio destro, particolarmente in carico. L'assicurata è limitata dalla problematica alla spalla sinistra in tutti i movimenti dell'arto superiore sinistro, particolarmente attorno e sopra l'orizzontale ma anche in tutti i movimenti ripetitivi. L'assicurata è limitata dalla tenomiosi a catena e per tutti i movimenti dell'arto superiore sinistro e della mano sinistra. Può utilizzare la tastiera di un computer solo per breve tempo e deve poi fermarsi per un'esacerbazione dei dolori. Non è in grado di svolgere normalmente i lavori domestici. La problematica alla schiena limita leggermente posizioni statiche eccessivamente prolungate e movimenti ripetitivi di flessione/estensione del tronco. I dolori cronici alla caviglia destra si ripercuotono sugli spostamenti. Il disturbo di elaborazione del dolore interferisce con tutte le attività della vita quotidiana amplificando i disturbi precedentemente esposti.

2.2 ESATTA DESCRIZIONE DELLE FUNZIONI INTATTE E DELLA CAPACITÀ DI CARICO L'assicurata è in grado di rimanere seduta durante una giornata lavorativa senza limitazioni particolari. Attualmente può rimanere in piedi almeno mezz'ora di seguito e deve poter beneficiare in seguito di una pausa in cui possa sedersi. Non dovrebbe rimanere in piedi oltre 4 ore al giorno. L'assicurata è in grado di spostarsi a piedi per brevi tragitti, non oltre 15 min. e non oltre 3-4 volte al giorno. È in grado di raccogliere saltuariamente oggetti per terra ma deve evitare movimenti ripetitivi di flessione/estensione delle ginocchia, particolarmente in carico. Può saltuariamente salire e scendere le scale ma non deve farlo ripetutamente durante la giornata lavorativa e dovrebbe, se possibile, lavorare su un solo piano o poter utilizzare l'ascensore. L'assicurata è in grado di realizzare i lavori leggeri con gli arti superiori che non devono essere ripetitivi. Può lavorare al computer evitando però la redazione di lunghi testi. Deve poter riposare le mani regolarmente. Movimenti ripetitivi con la spalla sinistra e ogni movimento sopra l'orizzontale devono essere evitati.

2.3 L'ATTIVITÀ ATTUALE È ANCORA PRATICABILE? Sì. L'attività di centralinista è ancora praticabile almeno nella misura del 60-70%. La paziente dovrebbe lavorare a tempo pieno, con un rendimento attualmente e a medio termine ridotto del 30-40%.

2.7 DA QUANDO ESISTE UNA LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI LAVORO DAL LATO MEDICO DI ALMENO IL 20 %? È presente dal 14.02.01.

2.8 QUAL È STATO IN SEGUITO LO SVILUPPO DELLA LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI LAVORO? La capacità lavorativa dell'assicurata fino al 06.12.02 è riportata nella perizia pluridisciplinare SAM del 20.01.03. In seguito la capacità lavorativa è progressivamente peggiorata, sia a causa dell'operazione che la paziente ha subito al ginocchio destro il 30.04.03, sia per un peggioramento più soggettivo che oggettivo della situazione all'arto superiore sinistro e per l'ulteriore sviluppo di un disturbo non specifico di elaborazione del dolore con tendenza alla fibromialgia.

C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE 1. È POSSIBILE EFFETTUARE PROVVEDIMENTI D'INTEGRAZIONE? VE NE SONO IN CORSO? NE SONO PREVISTI? Sì. L'assicurata rifiuta una riqualifica professionale. È possibile offrirle un aiuto al collocamento in un'attività adatta al 50%.

2. È POSSIBILE MIGLIORARE LA CAPACITÀ DI LAVORO SUL POSTO DI LAVORO ATTUALE? No.

3. L'ASSICURATA È IN GRADO DI SVOLGERE ALTRE ATTIVITÀ? L'assicurata è in grado di svolgere un'attività prevalentemente sedentaria nella quale utilizzi soprattutto l'arto superiore destro, che rispetti tutti i limiti precedentemente espressi al punto 2.2. Idealmente potrebbe trattarsi di un lavoro come centralinista, telefonista o altro lavoro d'ufficio che non esiga regolarmente la redazione di lunghi testi. Un'attività adatta potrebbe essere svolta a

tempo pieno, con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 30-40%. In un'attività pesante a mediamente pesante l'assicurata è attualmente a mio avviso inabile al lavoro nella misura del 70%. OSSERVAZIONI, ALTRE DOMANDE: I problemi che hanno determinato un peggioramento della capacità lavorativa rispetto alla perizia pluridisciplinare SAM del 20.01.03, non sono irreversibili. La situazione al ginocchio destro, operato 8 mesi fa, dovrebbe ulteriormente migliorare a medio termine. La situazione alla spalla sinistra e all'arto superiore sinistro dovrebbe migliorare con o senza intervento. Una periartropatia omeroscapolare tendinotica, in particolare, ha abitualmente una buona prognosi anche in presenza di un acromio uncinato con modico restringimento dello spazio sottoacromiale. Nel caso in cui venisse realizzato un intervento di decompressione previsto per febbraio, la situazione andrebbe in seguito comunque rivalutata. La presenza di un disturbo di elaborazione del dolore, anche se ancora non specifico, ha abitualmente una cattiva prognosi modulata però dalla presenza o meno di fattori di rischio per cronificazione, di fattori "protettivi", dalla durata del dolore e dall'età della paziente. Trattandosi di una paziente molto giovane, vale a mio avviso ancora la pena di investire in una presa a carico multidisciplinare per pazienti con dolori cronici. Considererei anche la possibilità che il ritorno a una vita lavorativa e sociale più conforme ai desideri della paziente possa esercitare un effetto positivo a questo livello, tenendo conto ancora una volta della giovane età dell'assicurata. La situazione andrebbe a mio avviso rivalutata fra 1-2 anni. La possibilità di un miglioramento delle problematiche potenzialmente reversibili precedentemente discusse e della capacità lavorativa appare maggiore rispetto a quella di una situazione invariata o di un peggioramento. (...)" (doc. AI 36/6-9) Occorre quindi verificare se, da allora, è intervenuto un importante cambiamento. Al riguardo va rilevato che – vista la domanda di revisione 21 febbraio 2006 nella quale, il dr. _____, FMH in chirurgia ortopedica, ha osservato che "(...) attualmente il quadro clinico è stato caratterizzato da una frattura del capitello radiale nel gennaio 2005 che ha necessitato un lungo periodo di fisioterapia. Il quadro clinico presentato dalla paziente è in via di graduale peggioramento e in particolare, sia a livello della spalla destra che della spalla sinistra, il quadro clinico presenta segni per un netto deficit funzionale con in particolare una netta diminuzione della mobilità articolare a livello delle articolazioni omero scapolari destra e sinistra e delle articolazioni radio capitali sinistra. Tenuto conto, da quanto già espresso dal collega e tenuto conto del quadro clinico attualmente, ritengo opportuna una rivalutazione della rendita d'invalidità." (doc. AI 70/1) – l'Ufficio AI ha ordinato una nuova perizia a cura del dr. _____. Il dr. _____, FMH in medicina interna e reumatologia, nella perizia 24 aprile 2006 (doc. AI 74/1-12), poste le seguenti diagnosi: " a. Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro ● Fibromialgia sino a sindrome del dolore cronico ● Tendomiiosi a catena dell'arto superiore sinistro su/con: ■ Nell'ambito della prima diagnosi ■ Dolore all'epicondilio ulnare e radiale in stato dopo denervazione secondo Wilhelm e Hohman 08.02.2000. ● Gonalgie persistente su/con: ■ Stato dopo osteotomia correttiva per ginocchia valga nel 1981 ca. ■ Stato dopo trauma distorsivo nel 1984 ca. con rottura del LCA ■ Iniziali lesioni degenerativa ■ Stato dopo ricostruzione del legamento crociato anteriore, meni-scectomia ● Lieve periartropatia omero scapolare bilaterale su/con: ■ Nell'ambito della prima diagnosi ■ Lieve tendinite del sopraspinato ■ Acromio uncinato a sinistra ● Sindrome lombospondilogenica cronica su/con: ■ Insufficienza muscolare b. Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro ● Adipositas ● Stato dopo laparoscopia diagnosticata 1990 e 05.09.2001 ● Disturbo di personalità non altrimenti specificato" (doc. AI 74/8-9) ha concluso: " (...) 5- Valutazione

e prognosi La paziente soffre in un primo luogo di una fibromialgia sino a disturbo d'elaborazione del dolore che influenza, secondariamente, tutte le altre diagnosi che sono sovrapponibile all'ultima perizia del Dr. _____. L'unica evoluzione è ora una chiara fibromialgia sino a sindrome del dolore cronico, sindrome che il dott. _____ intravedeva già nella sua perizia del 28.01.2004. L'esame clinico è in pratica identico a quello di allora ed in particolare non trovo alcuna limitazione della mobilità a livello delle spalle con distanza pollice vertebra prominens simmetrica e nella norma. Da notare che a livello delle spalle ho effettuato anche una sonografia funzionale che ha mostrato unicamente una lieve tendinite del sopraspinato confermando il risultato di una precedente artro risonanza della spalla drt. La paziente, tra la perizia del Dr. _____ e la mia, ha avuto una gravidanza ed ha attualmente una bambina piccola che la costringe ad alcuni lavori in casa da classificare come pesanti. Questi ultimi possono sicuramente indurre ad un certo aumento dei dolori soggettivi, senza che però questo si ripercuota sull'esame oggettivo e quindi sulla capacità lavorativa. A livello terapeutico, di fianco ad un adeguato rinforzo muscolare che si può raggiungere anche con un'attività sportiva, è consigliata la ripresa di un'attività che possa reinserire la paziente in ambito sociale e quindi rendere i dolori più supportabili. A livello prognostico mi sembra di poter affermare che negli ultimi due anni abbiamo assistito ad una stabilizzazione del quadro clinico che non penso debba variare nei prossimi anni, ad eccezione d'eventuali nuovi eventi non prevedibili. B Conseguenze sulla capacità di lavoro 1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati A livello fisico la paziente presenta soprattutto un disturbo d'elaborazione del dolore che interferisce su altre patologie reumatiche d'entità moderata. In particolare segnalo una lieve periartropatia omero/scapolare a livello della spalla dx, senza alcuna lesione dei tendini, delle gonalgie persistenti in stato dopo ricostruzione del tendine del crociato, lieve gonartrosi, una moderata sindrome lombospondilogenica su iniziali alterazioni degenerative ed in particolare un sovraccarico strutturale. 2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale

E. 3.1

Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro dal punto di vista medico e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività? L'assicurata è in grado di svolgere un'attività prevalentemente sedentaria, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 15 kg, dove non debba stare a lungo in posizione monotona, in particolare in posizione eretta, non deve camminare ripetutamente per più di 1,5 km o salire e scendere ripetutamente le scale. Nell'ambito di una tale attività potrebbe lavorare 8 ore al giorno con una diminuzione del rendimento del 30 %.

E. 3.2

In che misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno)?

E. 3.3

È presente inoltre una riduzione della capacità di lavoro?

E. 3.4

Se sì in che misura?

E. 3.5

Qualora non siano possibili altre attività: per quali motivi? Osservazioni altre domande La situazione è sostanzialmente invariata rispetto alla perizia disciplinare del SAM ed alla

perizia del Dr. _____. Personalmente non trovo alcuna limitazione della mobilità delle spalle come descritto dal Dr. _____. La paziente come casalinga è abile in misura del 80%, dove il 20% riguarda unicamente particolari attività pesanti." (doc. AI 74/9-12) Visti i certificati medici: ● 18 giugno 2007 nel quale il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, posta la diagnosi di "(...) sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2) – Disturbo di personalità - immaturo (F60.8) (...)" ha attestato che "(...) nei ultimi mesi la situazione è peggiorata causa il divorzio in atto che ulteriormente sta compromettendo suo stato di salute. (...)" (doc. AI 91/3); ● 24 luglio 2007 nel quale il dr. _____, FMH in medicina interna, ha confermato che la paziente "(...) ha sofferto negli ultimi 2 – 3 anni di alcuni episodi (probabilmente 8) manifestatisi sempre in posizione eretta e da interpretare come probabili sincopi vago-vasali. Gli schiarimenti di tipo neurologico e cardiologico non hanno evidenziato nessuna patologia." (doc. AI 91/2); ● 16 novembre 2007 (doc. AI 92/1-2) nel quale il dr. _____ ha concluso che "(...) da quanto sopra esposto, dal punto di vista ortopedico e alla luce dei nuovi eventi artromatici e operatori avvenuti nel 2007, il quadro clinico accusato dalla paziente è in via di lento ma graduale peggioramento consistente in dolori diffusi, una netta impotenza funzionale al gomito sinistro pluri-fratturato e alla spalla sinistra che presenta ora anche una capsulite retrattile. Ragione per la quale, dal punto di vista squisitamente ortopedico, la paziente è da ritenersi invalida al 100%. (...)" (doc. AI 92/2) l'Ufficio AI ha ordinato una nuova perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 94/1 e 97/1-2). Nella perizia pluridisciplinare 30 giugno 2008 (doc. AI 101/1-52) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. _____), reumatologica (dr. _____) e neurologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4). Disfunzione vegetativa somatoforme (ICD-10 F 45.3). Disturbo di personalità misto (ICD-10 F 61.0), dipendente, immaturo, emotivamente instabile. Sindrome cervicospondilogenica cronica, prevalentemente a sin., e lombospondilogenica cronica, prevalentemente a ds., con/su: - disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, scoliosi sin.-convessa dorsale, iperlordosi lombare); - decondizionamento muscolare. Periartrite omeroscapolare alla spalla sin., con/su: - pregressa acromioplastica, con débridement della fossa sottoacromiale a sin., 2.04.2007. Gonartrosi a ds., con/su: - pregressa regolarizzazione artroscopica di lesioni meniscali, pregressa plastica ricostruttiva del legamento crociato ant. mediante III centrale del tendine rotuleo, sempre per via artroscopica, 30.04.2003; - pregresso trauma distorsivo del ginocchio ds., con rottura del legamento crociato nel 1984; - pregresso intervento di osteotomia correttiva bilaterale per ginocchia valghe, 1980 ca.. 5.2 Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: Sospetta lieve sindrome irritativa del nervo ulnare al gomito sin., con/su: - nessun deficit oggettivo; - pregresso intervento secondo Willhelm-Hohman, 1.03.2000. Pregressa frattura al capitello radiale a sin., 29.01.2005 e 13.09.2007, con/su: - trattamento conservativo con gesso Sincopi recidivanti di origine non chiara, epilessia ragionevolmente esclusa. Ernia iatale e reflusso gastroesofageo (anamnestico)." (doc. AI 101/14-15) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione, i periti del SAM, posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'A presenta una capacità lavorativa del 70% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come centralinista (ultima

attività svolta). (...)” (doc. AI 19/16), hanno concluso: " (...) 8 **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** Dal punto di vista neurologico l'A. non presenta limitazioni della capacità lavorativa. Dal punto di vista reumatologico, a causa dei problemi alla colonna vertebrale, arti inf. e arto sup. sin., l'A. presenta una limitazione della capacità lavorativa del 30% come centralinista. Dal punto di vista psichiatrico, dal gennaio 2005 (peggioramento rispetto al passato e alla valutazione della Dr.ssa _____) l'A. presenta una riduzione della capacità lavorativa del 30% (n.d.r. recte: 20%) in qualsiasi tipo di attività. Globalmente, l'A. presenta dunque una capacità lavorativa del 70% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), come centralinista. Le incapacità lavorative psichiatrica e reumatologica non vanno sommate, bensì integrate, poiché considerano il sintomo principale dell'A., cioè il dolore. A causa dell'intervento alla spalla sin. l'A. ha presentato una capacità lavorativa dello 0% come centralinista da inizio aprile 2007 sino a fine giugno 2007. 9 **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE** Dal punto di vista neurologico l'A. presenta una capacità lavorativa del 100% in qualsiasi tipo di attività. Dal punto di vista psichiatrico l'A. presenta una riduzione della capacità lavorativa del 20% da gennaio 2005 in qualsiasi tipo di attività. Dal punto di vista reumatologico l'A. può molto spesso sollevare/portare pesi fino a 5 kg sino all'altezza dei fianchi, spesso tra i 5-10 kg sino all'altezza dei fianchi, di rado 10-25 kg sino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre 25 kg sino all'altezza dei fianchi. Può molto spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti 5 kg sopra l'altezza del petto. Può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti e talvolta maneggiare attrezzi molto pesanti. Può di rado effettuare lavori sopra la testa, spesso effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta e inclinata in avanti, spesso la posizione in piedi inclinata in avanti, di rado assumere la posizione inginocchiata, talvolta effettuare la flessione delle ginocchia. Può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. Può molto spesso camminare sino a 50 m e oltre i 50 m, spesso per lunghi tragitti, spesso su terreno accidentato. Può talvolta salire le scale, non può mai salire su scale a pioli. In questo tipo di attività l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 100%. Globalmente l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 80% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), nelle attività rispettose dei limiti appena descritti. Per il periodo da inizio aprile 2007 fino a giugno 2007 l'A. ha presentato una capacità lavorativa dello 0% in qualsiasi tipo di attività. Anche come casalinga, l'A. presenta una riduzione della capacità lavorativa di ca. il 20%, sempre da gennaio 2005 e continua. Dal punto di vista reumatologico l'A. deve proseguire la ginnastica funzionale per la spalla sin.; si consiglia un calo ponderale per diminuire il carico sugli arti inf. e sul passaggio lombosacrale, facilitando così il condizionamento della muscolatura. Rispetto alle precedenti valutazioni reumatologiche, i limiti funzionali descritti dal Dr. _____ sono più dettagliati; per questo motivo vi è una leggera differenza della percentuale di limitazione tra il consulto del Dr. _____ e gli altri citati agli atti. Ricordiamo che il Dr. _____ valuta una sindrome fibromialgica generalizzata e il Dr. _____ cita una sindrome somatoforme da dolore persistente: si tratta della descrizione della stessa patologia. 10 **OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI** Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Domande particolari non sono poste. A causa dei disturbi, in particolare reumatologici, si sconsigliano le attività di cameriera e di infermiera odontoiatrica. (...)” (doc. AI 101/18-20) Viste le risultanze mediche su cui si è basata la decisione del 25 aprile 2005 (doc. AI

59/2-7) e ritenuto l'esito degli accertamenti successivamente effettuati, questo Tribunale deve concludere che globalmente la situazione valetudinaria non ha subito degli importanti cambiamenti ed è pertanto a ragione che l'Ufficio AI ha confermato il diritto ad un quarto di rendita. Il TCA rileva che le valutazioni emerse dagli accertamenti medici peritali effettuati dopo la decisione 25 aprile 2005 (doc. AI 59/2-7) – valutazioni riprodotte sopra in esteso alle quali va riconosciuta forza probatoria piena (cfr. consid. 2.6) – non sono state validamente contestate dall'assicurata. In particolare non è possibile concludere diversamente neanche avuto riguardo allo scritto 6 ottobre 2008 (doc. AI 110/2), indirizzato all'avv. _____, nel quale il dr. _____ si è così espresso: " Ho preso nota delle valutazioni peritali eseguite nel giugno 2008 concernente la summenzionata paziente. Sinceramente non mi trovo d'accordo per quanto concerne le valutazioni di tipo reumatologico ortopedico. Attualmente il quadro clinico è situato, con una recrudescenza dei dolori dovuti anche alla nota fibromialgia a livello della spalla sinistra. Inoltre a causa delle note fratture a livello del capitello radiale sinistro, di cui l'ultima avventura nel settembre 2007, vi è una recrudescenza del quadro clinico compatibile con un'epicondilita e, previ ulteriori accertamenti, potrebbe essere suscettibile di nuovo e definitivo intervento chirurgico. Tenuto conto delle altre patologie squisitamente ortopediche (vedi mio scritto del 16.11.2007) ritengo l'assicurata inabile, dal punto di vista ortopedico, per almeno un 50%. Lascio il compito ad altri specialisti ad un'ulteriore valutazione dello stato internistico psichico e neurologico della paziente che a mio avviso dovrebbe ben influire sul grado di incapacità e di inabilità che la paziente meriterebbe." (doc. AI 110-2) Al riguardo giova rilevare che – a prescindere dalle considerazioni che si impongono in merito ai rapporti del medico curante (cfr. consid. 2.7) – il dr. _____ non motiva debitamente e nemmeno documenta perché non si trova d'accordo con la perizia pluridisciplinare 30 giugno 2008 (doc. AI 101/1-52). Lo stesso sanitario, anche se nel richiamato certificato 16 novembre 2007 (doc. AI 92/1-2) aveva concluso che "(...) da un punto di vista squisitamente ortopedico, la paziente è da ritenersi invalida al 100%. (...)" (doc. AI 92/2), nello scritto 6 ottobre 2008, pur menzionando una recrudescenza dei dolori, ha invece concluso che "(...) ritengo l'assicurata inabile, dal punto di vista ortopedico, per almeno un 50%. (...)" (doc. AI 110/2). Va qui inoltre evidenziato che il medico curante, che vede il suo paziente soprattutto in fase di esacerbazione di una patologia, raggiunge facilmente una diversa impressione circa la gravità del danno alla salute rispetto a quella che può farsi un perito che non incentra il proprio esame principalmente sulle esigenze terapeutiche in un determinato momento (vedi la STF del 2 giugno 2009 nella causa G., 9C_606/2008, consid. 3.2.5 e la STF ivi citata). Quanto alla contestazione che il dr. _____ non ha una specializzazione in ortopedia, il TCA rileva che il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all'apparato muscolo-scheletrico. Di conseguenza – ricordato che quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz / Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungs-rechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti) –

questo Tribunale ritiene che, senza che sia necessario esperire la chiesta nuova perizia, la pronunzia impugnata merita conferma. 2.8. In simili circostanze, visto tutto quanto precede il ricorso deve essere respinto.

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