

TI_GERICHTE 32.2008.66 vom 13. Februar 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-02-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.66

FR: TI_GERICHTE 32.2008.66 du 13 février 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.66 del 13 febbraio 2008

Regeste

Decisione con la quale UAI ha attribuito ad un'assicurata una mezza rendita per un periodo limitato, poi soppressa dal 3.2006, non può essere confermata dal TCA, dato che la patologia psichiatrica non è stata sufficientemente chiarita. Rinvio atti per nuovi accertamenti medici

Erwägungen

E. 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 LPGGA). 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 LPGGA (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).

E. 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.

E. 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: " (...)

E. 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).

E. 2.4

e 2.5., se l'UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1 a fare tempo dal 1° marzo 2006. 2.8. Per chiarire la situazione dal profilo medico, l'UAI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia reumatologica (dr. _____), quella neurologica (dr. _____), quella ORL (dr. _____) e quella psichiatrica (dr. _____). L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 23 novembre 2006, ha posto le diagnosi di " ■ fibromialgia; ■ probabile sindrome somatoforme da dolore persistente con disadattamento e compromissione biopsicosociale; ■ sindrome cervicospindilogenica cronica su incipiente discopatia C6/C7 con lieve restringimento di origine ossea e discale del recesso laterale del neuroforame C7 a destra senza neurocompressione" (doc. 27-25). Lo specialista ha tenuto a sottolineare che il quadro clinico dell'interessata è determinato da una sindrome del dolore cronico che è legata solo in minima misura a dei problemi organici. Egli ha infatti

evidenziato che, dal punto di vista oggettivo, le minime alterazioni degenerative di cui è affetta l'assicurata (peraltro comuni per la sua età) non spiegano il quadro clinico. Quanto alla capacità lavorativa, il dr. _____ ha considerato l'assicurata inabile al lavoro al 20% nella precedente attività di cameriera ai piani, così come in altre attività pesanti (cameriera, aiuto-cucina, venditrice in ambiti particolari, operaia), che richiedano movimenti ripetitivi rapidi con gli arti superiori e a volte lo spostamento di pesi anche relativamente importanti (doc. 27-26). Lo specialista ha invece ritenuto esigibile, nella misura del 90%, un'attività leggera adeguata (ad esempio quale operaia di fabbrica), a condizione che si tratti di un'occupazione prevalentemente sedentaria, con la possibilità di sgranchirsi per qualche minuto ogni ora, che permetta il rispetto delle regole dell'ergonomia (doc. 27-27). Il dr. _____ ha indicato che la diminuzione della capacità lavorativa dell'interessata, affetta da fibromialgia, è giustificata dalla presenza di dolori cronici generalizzati, disturbi del sonno e stanchezza, mentre la problematica cervicale incide in misura minore, in un'attività leggera e adatta, che permetta il rispetto delle regole di ergonomia (doc. 27-27). L'aspetto neurologico è invece stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo rapporto peritale del 21 novembre 2006, ha posto le diagnosi di "pregressa sindrome radicolare algica C7 a destra dovuta a piccola ernia discale C6/C7 a destra, attualmente non asintomatica; dolori diffusi di tipo fibromialgico, non spiegabili con patologia neurologica" (doc. 27-31). Lo specialista ha rilevato che a livello cervicale non vi sono chiari reperti patologici focali, ma vi è una sintomatologia dolorosa diffusa. Il dr. _____ ha evidenziato che, per il resto, l'esame neurologico risulta normale, sottolineando in particolare come si possa escludere una concomitante sindrome radicolare cervicale. Lo specialista ha pure messo in rilievo il fatto che la sintomatologia dolorosa non trova un correlato neurologico, così come il fatto che non vi sono elementi oggettivi per ritenere che vi siano rilevanti patologie neurologiche sottogiacenti. Il dr. _____ ha quindi concluso che, dal punto di vista strettamente neurologico, non vi sono motivi validi per giustificare un'incapacità lavorativa dell'assicurata (egli ha infatti indicato che "dal punto di vista neurologico ritengo dunque che la paziente non presenti al momento attuale rilevanti lesioni limitanti la sua abilità lavorativa, che può essere considerata attualmente del 100%", cfr. doc. 27-30). L'aspetto ORL è stato valutato dal dr. _____, specialista FMH ORL, il quale, nel suo referto del 21 novembre 2006, ha ritenuto l'assicurata affetta da "probabile vertigine/instabilità di origine periferica con compenso incompleto" (doc. 27-22). Quanto alla capacità lavorativa, nel suo consulto peritale - allegato in toto alla perizia del SAM e privo di pagine mancanti, come appurato dal TCA (cfr. doc. XV) - il dr. _____ non ha espresso alcuna valutazione, limitandosi ad indicare, alla voce "proposta", "vedi questionario consulti SAM" (doc. 27-22). Dal riassunto della valutazione specialistica del dr. _____ esposta dai medici del SAM nel referto peritale SAM del 29 dicembre 2006 (cfr. doc. 27-14), emerge che lo specialista ha considerato l'assicurata inabile al lavoro al 25% nella sua precedente attività di cameriera ai piani, occupazione che richiede movimenti rapidi nell'alzarsi, sedersi e chinarsi in avanti, ma abile al 100% in attività che non implicino movimenti rapidi del tronco e della testa e abile al 90% quale casalinga (doc. 27-14+15). Infine, l'aspetto psichico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 16 novembre 2006, ha posto le diagnosi di "sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); disfunzione vegetativa somatoforme (ICD10-F45.3); sindrome ansioso-depressiva (ICD10-F41.2)" (doc. 27-18). Lo specialista ha evidenziato che l'interessata presenta una costellazione sintomatologica

florida in cui prevalgono la sintomatologia algica e quella vegetativa, mentre invece la componente depressiva ansiosa è di lieve entità. Il dr. _____ ha poi potuto riscontrare una importante incongruenza fra le constatazioni oggettive e le lamentele soggettive, con “un’ incongruenza fra una funzionalità biologica ancora quasi integra e il fatto che l’assicurata dichiara di sentirsi stanca tutto il giorno” (doc. 27-19). Lo specialista ha osservato che “si potrebbe ipotizzare un guadagno secondario della malattia, in considerazione della problematica sociofinanziaria” della famiglia, “in quanto il riconoscimento di un’eventuale invalidità potrebbe aiutare a risanare la loro condizione economica” (doc. 27-19). Il dr. _____ ha quindi concluso che “complessivamente si tratta di un quadro psicopatologico lieve che incide poco sulla capacità lavorativa medico-teorica dell’assicurata” (doc. 27-19), considerando l’interessata, dal profilo psichiatrico, abile al lavoro al 90% nella sua precedente attività e in altre adeguate alle sue condizioni di salute (doc. 27-20). Il perito ha sottolineato che la limitazione funzionale è data soprattutto dalla posizione pseudoregressiva che presenta l’assicurata e che influisce sui suoi numerosi sintomi corporei, rendendola più lenta, inefficace e meno precisa (doc. 27-19). Quanto all’evoluzione dello stato di salute, lo specialista ha indicato che “si potrebbe ipotizzare che l’insorgenza della sintomatologia complessiva abbia giustificato un’incapacità lavorativa del 70% dal mese di aprile del 2004 fino al mese di maggio del 2005. Da allora la sua incapacità era del 50% fino al mese di novembre 2005 e dal 1° dicembre 2005 la sua incapacità è del 10% a tuttora. Questa data viene considerata in quanto nel mese di dicembre 2005 ha realizzato un viaggio in _____ e la stessa assicurata ha riconosciuto che allora stava meglio” (doc. 27-19). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 29 dicembre 2006, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “■ sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); ■ disfunzione vegetativa somatoforme (ICD10-F45.3); ■ sindrome ansiosodepressiva (ICD10-F41.2); ■ fibromialgia; ■ sindrome cervicospondilogenica cronica con incipiente discopatia C6-C7 con lieve restringimento di origine ossea e discale del recesso laterale del neuroforame C7 a destra, senza neurocompressione con pregressa sindrome radicolare algica C7 a destra, dovuta a piccola ernia discale C6-C7 a destra attualmente non sintomatica”, non ritenendo per contro che vi siano delle diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 27-10). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurata abile al lavoro al 75% nella sua precedente attività di cameriera ai piani e in altre attività simili, di tipo pesante, che richiedono movimenti ripetitivi e rapidi con gli arti superiori e a volte lo spostamento di pesi anche relativamente importanti, a partire dal 1° dicembre 2005 (doc. 27-14). Essi hanno infatti rilevato che la capacità lavorativa dell’assicurata deve essere considerata ridotta a partire da aprile 2004 fino a maggio 2005 nella misura del 70%, a causa della problematica psichiatrica; in seguito, da maggio 2005 fino a novembre 2005, la capacità lavorativa, dal punto di vista psichiatrico, è limitata nella misura del 50%; infine, a partire dal 1° dicembre 2005, l’assicurata deve essere considerata inabile al lavoro nella misura del 25%, ritenuto che in quel periodo ella ha potuto effettuare un viaggio in _____, a seguito di un intervenuto miglioramento, da allora, delle sue condizioni di salute (doc. 27-15). I medici del SAM hanno per contro considerato l’interessata abile al lavoro all’80% in un’attività leggera adeguata ai suoi limiti funzionali di natura reumatologica, in cui non debba eseguire movimenti rapidi del tronco o della testa (doc. 27-15). A seguito delle osservazioni presentate dall’assicurata contro il progetto di

decisione dell'UAI di attribuzione di una rendita solo per un periodo limitato nel tempo, poi soppressa, il dr. _____ del SMR, specialista FMH in medicina interna (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13) , ha osservato: " In data odierna ho letto attentamente la valutazione clinica, gli status specialistici con le limitazioni funzionali presenti e le conclusioni sulle esigibilità residuali citate nel SAM 12.2008 (reumatologico, psichiatrico, ORL e neurologico) e personalmente le ritengo coerenti e ben redatte ed ottemperanti i criteri di qualità richiesti ad una perizia neutrale pluridisciplinare quale un SAM e ritengo per noi vincolanti le date ivi esposte di inabilità lavorative. Per quanto riguarda le osservazioni in fase di opposizione e riportate il 7.2007 dalla RA 1 riguardo le osservazioni alla valutazione psichiatrica dr. _____: personalmente ritengo che l'Ata ha di sua spontaneità acconsentito alla presenza del marito alla visita specialistica e questo induce a ritenere che ella si fidi del coniuge e pertanto personalmente non ritengo che questo sia fuorviante alle conclusioni ai fini assicurativi da parte del perito che inoltre ha potuto giovare di questa presenza per motivi evt. linguistici. Per le date del periodo natalizio 2005 de facto l'Ata si è recata all'estero con la famiglia con un viaggio prolungato per le Festività ... e questo induce giustamente a ritenere che vi sia stato un miglioramento almeno parziale delle capacità che esse siano di tipo puramente somatico o/e anche psicologico e pertanto ritengo giudizioso aver ritenuto, come esposto dallo specialista psichiatrico, essere intervenuta una diminuzione dell'inabilità lavorativa per malattia a partire da questo periodo. Il non descrivere nel dettaglio il comportamento con tic... da parte dell'Ata, come asserito dalla RA 1, non preclude a mio giudizio la buona esecuzione di un esame peritale che si basa su un colloquio e status oltre alla descrizione di abitudini e limitazioni e che porta alla definizione delle esigibilità da parte di un medico specialista neutrale ed esperto come il dr. _____. In definitiva a livello medico assicurativo ritengo personalmente le conclusioni del SAM per noi vincolanti ai fini assicurativi e le condivido pienamente e ritengo le osservazioni riportate in fase di opposizione dalla parte in causa non sufficienti per motivare una rivalutazione con nuovi accertamenti medico assicurativi." (Doc. 54-1) Sulla base di queste conclusioni mediche, l'UAI ha quindi attribuito all'interessata una mezza rendita di invalidità (grado AI del 50%) dal 1° giugno 2005 al 28 febbraio 2006 (doc. B). In sede ricorsuale, l'assicurata ha contestato la decisione dell'amministrazione di sopprimere la rendita dopo il 28 febbraio 2006, criticando in particolare le conclusioni alle quali è giunto il perito psichiatra, dr. _____, senza tuttavia produrre nuovi referti medici specialistici. 2.9. 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: "(...)

E. 2.7

Nella decisione del 13 febbraio 2008, l'UAI ha attribuito all'assicurata una mezza rendita di invalidità limitatamente al periodo dal 1° giugno 2005 al 28 febbraio 2006, sopprimendo poi questa prestazione a partire dal 1° marzo 2006, ritenuto che i medici del SAM l'hanno considerata inabile al lavoro al 25% nella sua precedente attività di cameriera ai piani, ma abile al lavoro all'80% in attività adeguate, a partire dal 1° dicembre 2005. Il TCA è, quindi, chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3.,

E. 2.10

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. 2.9.), questo Tribunale non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica psichica non è stata sufficientemente chiarita.

E. 2.10.1

Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame reumatologico, grazie al consulto specialistico del dr. _____, dal quale è emerso che ella è affetta da "fibromialgia, probabile sindrome somatoforme da dolore persistente con disadattamento e compromissione biopsicosociale; sindrome cervicospindilogenica cronica su incipiente discopatia C6/C7 con lieve restringimento di origine ossea e discale del recesso laterale del neuroforame C7 a destra senza neurocompressione". A causa di tali patologie, il dr. _____ ha considerato l'interessata, dal profilo reumatologico, abile al lavoro all'80% nella sua attività di cameriera ai piani e in altre attività pesanti, ma abile al lavoro al 90% in attività leggere adeguate, eventualmente prevalentemente sedentarie, ma con la possibilità di sgranchirsi per alcuni minuti ogni ora, rispettose delle regole di ergonomia (cfr. doc. 27-26+27). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti).

2.10.2. Sempre nel contesto della perizia SAM, l'aspetto neurologico è stato vagliato dal dr. _____, il quale ha posto le diagnosi di "pregressa sindrome radicolare algica C7 a destra dovuta a piccola ernia discale C6/C7 a destra, attualmente non asintomatica; dolori diffusi di tipo fibromialgico, non spiegabili con una patologia neurologica". Lo specialista ha ritenuto che, dal profilo strettamente neurologico, non vi è una diminuzione della capacità lavorativa (doc. 27-31). Anche queste conclusioni specialistiche, che del resto non sono state contestate attraverso dei referti medico-specialistici attestanti delle patologie neurologiche con influsso sulla capacità lavorativa residua, possono essere fatte proprie dal TCA.

2.10.3. L'aspetto ORL è stato vagliato, nell'ambito della perizia SAM, dal dr. _____, il quale, posta la diagnosi di "probabile vertigine/instabilità d'origine periferica con compenso incompleto" (doc. 27-22), ha considerato l'assicurata abile al lavoro al 75% nella sua precedente attività di cameriera ai piani, ma pienamente abile al lavoro in attività adeguate, in cui non debba compiere movimenti rapidi del tronco e della testa (doc. 27-14). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato.

2.10.4. Infine, nell'ambito della perizia del SAM, l'aspetto psichiatrico è stato valutato dal dr. _____, il quale, dopo avere riscontrato la presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4), di una disfunzione vegetativa somatoforme (ICD10-F45.3) e di una sindrome ansioso-depressiva (ICD10-F41.2), ha ritenuto l'assicurata inabile al lavoro al 10% dal 1° dicembre 2005 (doc. 27-19). L'assicurata ha contestato le conclusioni alle quali è giunto il dr. _____, rilevando in particolare che il perito, nonostante abbia posta la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4), non ha proceduto, contrariamente alla costante giurisprudenza federale in materia, ad un esame dei criteri

richiesti per poter, eccezionalmente, considerare invalidante questo tipo di patologia. Al riguardo, il TCA rileva innanzitutto che nel suo referto peritale il dr. _____ ha concluso per un'incapacità lavorativa del 10%, senza tuttavia precisare a quale delle affezioni diagnosticate si riferisca tale diminuzione dell'abilità lavorativa. Come fattori che riducono la capacità lavorativa, lo specialista ha semplicemente indicato che "la limitazione funzionale è data soprattutto dalla posizione pseudoregressiva che presenta e che influisce sui numerosi sintomi corporei che presenta" rendendola complessivamente "più lenta, inefficace e meno precisa" (doc. 27-19). Questo Tribunale, concordando con le critiche espresse dalla patrocinatrice dell'interessata, constata in particolare che, nonostante abbia posto, tra le altre, la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente, il dr. _____ non ha specificato se tale diagnosi sia da considerare invalidante o meno. Il perito non ha in ogni caso proceduto ad un esame dei presupposti richiesti dalla giurisprudenza federale per ritenere eccezionalmente inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro, nonostante la costante giurisprudenza federale in materia (sull'applicabilità dei principi restrittivi sviluppati dalla giurisprudenza per ammettere, a titolo eccezionale, che un disturbo del dolore somatoforme comporti una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo ad un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI , cfr. consid. 2.6. e in particolare la sentenza del Tribunale federale I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352 e le successive STF I 1093/06 del 3 dicembre 2007; STF I 404/03 del 23 aprile 2004 e I 702/03 del 28 maggio 2004. Sulla non applicabilità di tali principi in caso di revisione della rendita, cfr. la sentenza del Tribunale federale I 901/06 del 23 novembre 2007). Va infatti sottolineato che, secondo la giurisprudenza federale, la diagnosi di sindrome del dolore somatoforme persistente non costituisce, di per sé, una base sufficiente per concludere ad un'invalidità. Esiste per contro una presunzione che i disturbi derivanti da una sindrome somatoforme dolorosa possano essere superati tramite uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cfr. consid. 2.6. e STF I 1093/2006 del 3 dicembre 2007). Come visto in precedenza (cfr. consid. 2.6.), per ritenere eccezionalmente inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa da parte di un assicurato che soffre di una sindrome del dolore somatoforme, la giurisprudenza esige 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. Il TCA sottolinea, inoltre, come la necessità di procedere, in caso di esistenza di una diagnosi di sindrome da dolore somatoforme, ad un accurato esame dei criteri appena ricordati è stata più volte evidenziata anche da questa Corte in numerose sentenze (cfr. al riguardo, solo per citarne alcune, STCA 32.2007.394 dell' 11 dicembre 2008; 32.2007.367 del 6 novembre 2008; 32.2007.250 dell' 8 ottobre 2008; 32.2007.277 del 6 agosto 2008; 32.2007.132 del 29 maggio 2008; 32.2007.162 dell' 8 maggio 2008; 32.2007.167 del 20 marzo 2008; 32.2007.130 del 18 febbraio 2008; 32.2007.43 del 24 gennaio 2008). Da notare, inoltre, che in una sentenza 8C_348/2008 del 7 gennaio 2009, il Tribunale federale ha annullato la valutazione espressa dai primi giudici circa il carattere invalidante dei disturbi derivanti dalla sindrome somatoforme da dolore persistente di cui era affetto un assicurato, ritenendo corretto rinviare gli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti riguardo a tale argomento. L'Alta Corte ha

infatti considerato che nella perizia pluridisciplinare effettuata per conto dell'amministrazione non fossero stati analizzati i criteri richiesti dalla giurisprudenza per ritenere eccezionalmente invalidanti i disturbi somatoformi dell'assicurato, osservando: "

(...) 4.1 Das kantonale Gericht hat erwogen, die MEDAS-Experten hätten bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auf die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung (E. 3.1 hievor) abgestellt. Zu prüfen sei, ob die Gutachter diese Vorgaben falsch angewendet hätten. Diese Prüfung ergebe Folgendes: Der Versicherte leide an chronischen Begleiterkrankungen. Diese seien so ausgeprägt, dass sie die Ausübung einer körperlichen schweren Arbeit ausschliessen. Sie seien hingegen nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit einzuschränken. Das bedeute aber nicht, dass sie im Alltag keine Schmerzen und keine anderen Einschränkungen bewirkten. Auch die Überwindung der Folgen der Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit setze eine ständige Willensanstrengung voraus. Im MEDAS-Gutachten sei zudem dargelegt worden, eine Therapie der Somatisierungsstörung hätte sehr wenig Aussicht auf Erfolg und die Prognose sei ungünstig. Es liege also auch ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer missglückten Konfliktbewältigung vor. Aufgrund dieser beiden zusätzlichen Faktoren - nebst der Diagnose einer Somatisierungsstörung - sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS-Experten als überzeugend, ja sogar als eher streng zu qualifizieren. Damit stehe gestützt auf das MEDAS-Gutachten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Versicherte in einer seinen körperlichen Beschwerden angepassten Erwerbstätigkeit nur noch zu 50 % arbeitsfähig sei. Hingegen stehe des Ausmass der Behinderung in der bisherigen Tätigkeit eines Bauführers nicht fest, weshalb die IV-Stelle hiezu ergänzende psychische Abklärungen zu treffen habe. Gegebenenfalls habe dies auch für die Tätigkeit eines Verkaufskordinators zu erfolgen. Komme keine dieser Tätigkeiten mehr in Frage, sei entweder das zumutbare Invalideneinkommen anhand einer Hilfsarbeit festzulegen oder auf die ablehnende Verfügung betreffend berufliche Massnahmen zurückzukommen. 4.2 Im MEDAS-Gutachten vom 15. August 2006 wird aus psychiatrischer Sicht eine Somatisierungsstörung diagnostiziert, welche nach Auffassung der Experten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bewirkt. Das Gutachten setzt sich aber nicht mit der Frage der Überwindbarkeit einer somatoformen Störung und den hiebei rechtsprechungsgemäss (E. 3.1 hievor) zu beachtenden Zusatzfaktoren auseinander. Wie oben dargelegt betrachtet das kantonale Gericht dennoch gestützt auf das MEDAS-Gutachten zwei dieser Kriterien als in genügender Weise erfüllt und bejaht deswegen einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden im Sinne der Rechtsprechung. Die diesbezüglichen Erwägungen überzeugen nicht. Chronische körperliche Begleiterkrankungen müssen ein erhebliches Ausmass aufweisen, um als relevantes Zusatzkriterium Berücksichtigung zu finden. Dass dies hier zutrifft, erscheint mit Blick auf die gemäss MEDAS-Gutachten vom 15. August 2006 nur bescheidenen organischen Befunde und den Umstand, dass körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten aus somatischer Sicht vollumfänglich zumutbar sind, zumindest fraglich. Es ergeben sich sodann weder aus der MEDAS-Expertise noch anderweitig genügende Sachverhaltsmerkmale, um auf das Vorhandensein oder Fehlen eines innerseelischen Verlaufs im verlangten Sinne und Ausmass (E. 3.1 hievor) schliessen zu können. Soweit die Vorinstanz dieses Kriterium bejaht und ihm zusammen mit dem Faktor der körperlichen Begleiterkrankungen entscheidendes Gewicht beimisst, stützt sie sich auf diskutabile Interpretationen der gutachterlichen Aussagen. Eine verlässliche Grundlage für die

Bejahung (oder Verneinung) eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens kann darin nicht gesehen werden. Zutreffend ist sodann zwar, dass es weiterer psychiatrischer Abklärungen bedarf. Diese haben sich aber entgegen dem angefochtenen Entscheid nicht auf das Ausmass einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu beschränken. Vielmehr sollen sie die notwendigen Erkenntnisse für die zuverlässige Beantwortung der Frage erbringen, ob die festgestellte Somatisierungsstörung überhaupt Folgen für die Arbeitsfähigkeit hat, welche mit zumutbarer Willensanstrengung nicht überwindbar sind. Dabei wird den bisher ausgeübten Berufen, aber auch Verweistätigkeiten Rechnung zu tragen sein. Entgegen dem angefochtenen Entscheid ist indessen nicht erforderlich, dass die Berufsberatung der IV-Stelle vorab entsprechende Berufsprofile erstellt. Von einem psychiatrischen Experten kann erwartet werden, dass er sich auch ohne solche Profile zuverlässig zur Frage der psychischen Belastbarkeit in verschiedenen Berufen äussern kann. Die Beschwerde ist somit in dem Sinne gutzuheissen, dass die vorinstanzliche Feststellung eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens aufgehoben wird. Ansonsten bleibt es bei der Rückweisung zur ergänzenden Abklärung - mit den genannten Präzisierungen - und zur neuen Verfügung an die IV-Stelle. Bestand hat daher auch der Kostenentscheid." Nel caso di specie, a fronte quindi di una perizia psichiatrica priva di un accurato approfondimento a proposito del carattere invalidante o meno della sindrome somatoforme dell'interessata, l'UAI, vista la chiara giurisprudenza federale in materia, più volte ricordata dal TCA, non poteva ritenere esaustiva la relazione peritale del dr. _____ e avrebbe dovuto procedere ad un complemento peritale, come del resto richiesto a più riprese dalla patrocinatrice dell'assicurata. Già solo per tale aspetto la perizia psichiatrica del dr. _____ non può essere ritenuta completa ed approfondita e l'incarto deve quindi essere rinviato all'UAI per nuovi accertamenti medici specialistici. Il TCA constata poi che il dr. _____ ha considerato l'assicurata inabile al lavoro al 10%, dal profilo psichico, a partire da dicembre 2005, indicando che "l'anno scorso per natale (2005) si è recata in _____, con suo marito e sua figlia, per festeggiare le feste con i suoi parenti. A questo proposito ha detto al marito, il quale asseriva che la data della loro permanenza in _____ era stata nel 2004: "non è possibile ... sono andata nel 2005 ... perché prima non stavo bene". Questa affermazione contrasta con la dichiarazione della stessa in cui dice che ancora oggi non sta bene" (doc. 27-17). Lo specialista ha quindi dedotto che vi è stato un miglioramento dello stato di salute dell'assicurata a partire dal 1° dicembre 2005, in quanto "nel mese di dicembre ha realizzato il viaggio in _____ e la stessa assicurata ha riconosciuto che allora stava meglio" (doc. 27-19). Per tale motivo, lo specialista ha considerato l'interessata inabile al lavoro al 50% fino al mese di novembre 2005 e poi inabile al lavoro al 10% a partire dal 1° dicembre 2005 (cfr. doc. 27-19). La patrocinatrice ha contestato che vi sia stato un miglioramento delle condizioni psichiche dell'assicurata a partire dal mese di dicembre 2005, rilevando che in quel periodo l'interessata era in cura psichiatrica presso la dr.ssa _____, la quale ha attestato, durante tutto il periodo della presa a carico, un'incapacità lavorativa del 100%. Nel suo referto del 14 novembre 2006, la dr.ssa _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha attestato quanto segue: " Con la presente si certifica che la paziente summenzionata è stata seguita da me dal 10.11.2005 fino al 24.04.2006. Si tratta di una paziente che presentava un episodio depressivo di grado medio con aspetti ansiosi in relazione in parte a: a) alla sua sindrome somatoforme da dolore persistente - fibromialgia; b) un conflitto coniugale; c) una sindrome di disadattamento. Durante questo periodo di trattamento la paziente era inabile al lavoro nella misura del 100%." (Doc. 27-33) È vero

che il dr. _____ del SMR ha confermato la validità della valutazione effettuata dal dr. _____, indicando, nelle sue annotazioni del 24 ottobre 2007, che le critiche sollevate dalla patrocinatrice dell'interessata in merito alla perizia del dr. _____ non avevano ragione d'essere, in quanto l'assicurata ha acconsentito spontaneamente alla presenza del marito durante la visita peritale "e questo induce a ritenere che ella si fidi del coniuge e pertanto personalmente non ritengo che questo sia fuorviante"; quanto al miglioramento dello stato di salute, da far risalire al dicembre 2005, allorquando l'assicurata si è recata con la famiglia in _____ per le festività, ha indicato che "ritengo giudizioso aver ritenuto come esposto dallo specialista psichiatrico essere intervenuta una diminuzione dell'inabilità lavorativa per malattia a partire da questo periodo"; infine, a proposito della mancata descrizione di alcuni tic, ha osservato che ciò "non preclude a mio giudizio la buona esecuzione di un esame peritale che si basa su un colloquio e status, oltre alla descrizione di abitudini e limitazioni e che porta alla definizione delle esigibilità da parte di un medico specialista neutrale ed esperto come il dr. _____". Il dr. _____ ha quindi concluso che "a livello medico assicurativo ritengo personalmente le conclusioni del SAM per noi vincolanti ai fini assicurativi e le condivido pienamente e ritengo le osservazioni riportate in fase di opposizione dalla parte in causa non sufficienti per motivare una rivalutazione con nuovi accertamenti medico assicurativi" (doc. 54-1). Al riguardo, il TCA rileva tuttavia che non essendo specialista in psichiatria, l'apprezzamento della rilevanza o meno delle critiche della patrocinatrice, avvalorate dall'attestazione della dr.ssa _____, a fronte della valutazione del dr. _____, non era di competenza del dr. _____ (cfr. sul tema della specializzazione dei medici del SMR: STF I 142/07 del 20 novembre 2007 e STF I 65/07 del 31 agosto 2007). Alla luce di quanto qui sopra esposto, secondo questo Tribunale, vista la discordanza esistente tra la curante e il dr. _____, il TCA ritiene che non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata, dal punto di vista psichiatrico, sia da ritenere effettivamente migliorato a partire dal mese di dicembre 2005, come stabilito dal dr. _____ e confermato dal dr. _____ del SMR. 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 pronunzia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto rinviato all'Ufficio AI, affinché faccia allestire al più presto una perizia psichiatrica dal Centro peritale per le assicurazioni sociali, al fine di chiarire l'aspetto diagnostico, le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa della ricorrente e, infine, l'evoluzione nel tempo dei disturbi dell'assicurata e della sua capacità lavorativa residua. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, tenuto conto delle altre patologie oggetto di valutazione peritale dal parte del SAM, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. La richiesta di espletamento di una perizia psichiatrica giudiziaria formulata dalla patrocinatrice dell'interessata (IV) è quindi superata dal rinvio degli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti di natura medica. 2.11. L'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio a partire dall'8 maggio 2008 (cfr. doc. X). Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata dall'avv. _____ della RA 1 – avvocato patentato, dato che con decisione dell'8 maggio 2008 la Camera per l'avvocatura e il notariato del Tribunale d'Appello ha iscritto l'avv. _____ con indirizzo professionale presso la RA 1 (cfr. doc. X/2) - ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'000.-- a titolo di ripetibili. Secondo la costante giurisprudenza del TFA l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.). 2.12. 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.

E. 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).

E. 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 suddetti 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. 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. 2.6. 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.

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