

TI_GERICHTE 32.2008.68 vom 4. März 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-03-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.68

FR: TI_GERICHTE 32.2008.68 du 4 mars 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.68 del 4 marzo 2008

Regeste

La rinuncia a prestazioni assicurative ha il medesimo effetto dell'inesistenza del diritto. In concreto l'insorgente ha rinunciato al quarto di rendita AI in favore della rendita completa del marito, poi soppressa con la 5a revisione dell'AI. La nuova domanda va trattata come prima richiesta

Erwägungen

E. 1

La signora RI 1 rinuncia con lettera del 3 dicembre 2004 al versamento della rendita d'invalidità. Chiede che venga versata la rendita complementare alla rendita di invalidità del marito, in quanto, più elevata.

E. 2

2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPG A). 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 LPG A (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. 2.3

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. 3

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

E. 3.1

Das kantonale Gericht hat aufgrund einer umfassenden Würdigung der medizinischen Akten, namentlich des Gutachtens der MEDAS vom 13. Februar 2004 und dessen Ergänzung vom 23. September 2005, in tatsächlicher Hinsicht für das Bundesgericht verbindlich festgestellt, dass die Beschwerdeführerin aus allein psychischen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit um 30 % eingeschränkt ist. Dies ist eine auf Beweiswürdigung beruhende Sachverhaltsfeststellung, welche nur in den Schranken von Art. 97 und 105 BGG überprüft werden kann (BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 397 ff.).

E. 3.2

Zu Unrecht wird in der Beschwerde geltend gemacht, die Vorinstanz habe sich nur mit dem Zeitraum ab der Begutachtung durch die MEDAS befasst, wird doch im angefochtenen Entscheid die gesamte Aktenlage ab August 2000 gewürdigt. Nicht gefolgt werden kann auch dem Einwand, die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei offensichtlich unrichtig und der Sachverhalt insoweit unvollständig festgestellt worden, als das Ausmass der sich aus der somatoformen Schmerzstörung ergebenden Arbeitsunfähigkeit nicht gutachterlich abgeklärt worden sei. Im Gutachten der MEDAS vom 13. Februar 2004 wurde zwar als einzige Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme Störung (ICD-10 F45.9) mit Anteilen einer somatoformen Schmerzstörung und einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung festgestellt; die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wurde aber ausschliesslich gestützt auf ein

dysphorisches, leicht depressives Bild mit 30 % angegeben (vgl. Teilgutachten des Dr. med. M. _____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Dezember 2003). Auf Anfrage der IV-Stelle erläuterte Dr. med. M. _____ in seinem Schreiben vom 31. Mai 2004, dass er im von ihm erstellten psychiatrischen Teilgutachten vom 10. Dezember 2003 dem Umstand Rechnung getragen habe, dass eine einzig auf psychosozialen Belastungsfaktoren beruhende somatoforme Schmerzstörung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle; beeinträchtigt werde die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aber durch ein dysphorisches Stimmungsbild im Sinne einer anhaltenden affektiven Störung (Dysthymia ICD-10 F34.1). Aufgrund dieser Präzisierungen des Gutachters im Schreiben vom 31. Mai 2004 steht fest, dass - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin und anders als im angefochtenen Entscheid wiedergegeben - aus der somatoformen Störung (F45.9) keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit resultiert; die von der Beschwerdeführerin erhobene Rüge, der Sachverhalt sei diesbezüglich unvollständig festgestellt worden, stösst damit ins Leere. Gestützt auf die überzeugenden Aussagen des Dr. med. M. _____ im Teilgutachten vom 10. Dezember 2003 und im Schreiben vom 31. Mai 2004 ist vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der diagnostizierten Dysthymia (ICD-10 F34.1) in ihrer Arbeitsfähigkeit um 30 % eingeschränkt ist. Dass die Vorinstanz bei dieser Sachlage auf die Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet hat, lässt sich nicht beanstanden." In concreto i medici SMR, dopo aver effettuato un'approfondita visita medica hanno evidenziato la presenza di una distimia e di una depressione cronica del tono dell'umore, i cui sintomi tuttavia non sono così significativi da soddisfare i criteri per una sindrome depressiva ricorrente di gravità lieve o media per quanto riguarda l'entità o la durata dei singoli episodi. Inoltre, i periti hanno rilevato che oltre la presenza di un'osteoartrite polidistrettuale, all'esame medico viene riscontrata una sindrome fibromialgica ma lo stato di salute attuale " non pare tuttavia compromettere in maniera significativa la funzionalità a livello familiare e sociale dell'assicurata, non si osserva infatti una perdita di integrazione sociale nei vari ambiti della vita. Seppur con tempi e ritmi ridotti per la presenza di dolori, l'assicurata svolge le normali attività domestiche senza impedimenti significativi dal lato psichico ." (doc. AI 16-6). Nel caso concreto, alla luce della giurisprudenza federale appena illustrata, questo Tribunale deve pertanto concludere che l'assicurata non è affetta da una patologia invalidante. Infatti, ai sensi della giurisprudenza citata in precedenza (cfr. STF I 649/06 del 13 marzo 2007), se anche la diagnosi di distimia può portare ad una limitazione del rendimento, la stessa non può in ogni caso costituire un danno alla salute invalidante ai sensi della LAI. Tanto più che dal punto di vista reumatologico l'assicurata può svolgere a domicilio le attività domestiche, seppur con lentezza e con l'aiuto a volte del marito. Come rilevano i periti " i limiti funzionali sono sostenuti dalla necessità di almeno due pause di 15 min durante le ore mattutine e le stesse pause nelle ore pomeridiane, questo per la comparsa di un'astenia intensa che limita la capacità lavorativa, la deambulazione prolungata e l'attività di casalinga. La ridotta forza di presa alle mani non limita le attività in casa se non per la forza limitata nell'aprire le bottiglie, nel tagliare la carne e nel sollevare vassoi con un peso superiore ai 3 kg. Anche il cingolo scapolare e il cingolo pelvico non presentano limitazioni all'attività quotidiana casalinga. Il lavare vetri o pavimenti può essere svolto con lentezza ma senza altri limiti ." (doc. AI 16-6). Del resto, dalla successiva inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica esperita il 20 marzo 2007 emerge un'invalidità del 27.5% che non permette comunque di poter beneficiare di una rendita d'invalidità. Questo Tribunale non ha del resto alcun motivo per sovvertire le

pertinenti e motivate conclusioni cui è giunta la funzionaria incaricata dell'allestimento dell'inchiesta economica. Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Il TCA ritiene che alla valutazione dell'assistente sociale vada prestata piena adesione, ritenuto in particolare come essa abbia compiutamente valutato le difficoltà e l'esigibilità di ogni singola mansione. Va inoltre rilevato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Conforme alla giurisprudenza (cfr. DTF 130 V 97, sentenza I 126/07 del 6 agosto 2007) è del resto anche la presa in considerazione della ripartizione dei compiti all'interno della famiglia e quindi della collaborazione fornita nella gestione dell'economia domestica da parte dei familiari. A questo proposito va evidenziato come l'assistente sociale ha potuto accertare che " il marito l'aiuto essenzialmente nella preparazione dei pasti, sostituendola quando il disagio fisico o psichico è maggiore ." (doc. AI 18-1). La funzionaria dell'UAI ha attribuito all'alimentazione un'importanza del 45%, con una percentuale degli impedimenti del 30% e una percentuale di invalidità del 13,5%, affermando: " La signora RI 1 si dedica ancora alla preparazione dei pasti, un'attività che anche il marito assolve con piacere sostituendola nella fasi di maggior malessere. Lamenta dolori alle mani, che definisce comunque sopportabili rispetto a quanto risentito al cingolo scapolare, ed è costretta a rivolgersi al coniuge per aprire bottiglie o barattoli chiusi ermeticamente come pure per sollevare pentole o togliere pirofile dal forno. Non incontra invece difficoltà nel taglio delle verdure. In presenza di pietanze che richiedono una preparazione complessa è costretta a riposarsi di frequente, alternando il lavoro con il marito. Sparecchia e apparecchia la tavola evitando pesi eccessivi, eventualmente con l'aiuto dei famigliari. Inserisce piatti e posate nella lavastoviglie e si incarica sia della cura quotidiana sia della cura più approfondita del locale, inclusi i lavori periodici e più impegnativi quali la pulizia del forno, del refrigerante o degli armadi. Le pulizie di fino sono comunque particolarmente gravose e può dedicarvisi unicamente nei giorni più favorevoli, con grande dispendio di tempo e a scapito di intensi dolori. Il minor rendimento, i dolori risentiti e l'aiuto inevitabile in determinate circostanze permettono una valutazione degli impedimenti del 30% ." Per quanto concerne la pulizia dell'appartamento, è stata attribuita un'importanza del 20%, per un 30% di impedimenti e 6% di invalidità: " L'assicurata non riceve pressoché alcun aiuto nell'effettuare le pulizie dell'appartamento, un compito che assolve poco alla volta e con fatica. Si rivolge al marito solo in occasione del cambio delle lenzuola, non disponendo di sufficiente forza per scuotere il piumone. Spiega di avere ritmi particolarmente lenti, suddivide per esempio la pulizia dei vetri su più giorni, e di non poter programmare le attività in anticipo a causa dell'improvviso aggravarsi dei dolori, della maggior stanchezza o di un calo dell'umore più importante. Non disponendo di alcun aiuto, si impegna comunque regolarmente nel mantenere l'ordine e un'adeguata igiene dei locali e del bagno, nonostante l'aggravarsi dei dolori. Riconosce spontaneamente che il lavoro non è eccessivo, trattandosi di un piccolo appartamento nel quale vivono due sole persone. La signora RI 1 assolve personalmente ogni compito considerato, ma con sforzi notevoli e minor rendimento. In considerazione del ridotto nucleo famigliare, valuto una percentuale di impedimenti del 30% ." Per quanto concerne la spesa, l'assistente sociale, ha assegnato un'importanza del 10%, un impedimento del 20% e una percentuale d'invalidità del 2%, rilevando: " Proprio di fronte

al palazzo in cui vive l'assicurata è situato un negozio _____ dove la signora RI 1 si serve comodamente per ogni necessità. E' in possesso del permesso di condurre e non incontra difficoltà neppure per recarsi in città ed effettuare acquisti personali. I contatti sociali non sono motivo di disagio e afferma che il compito della spesa rappresenta un diversivo ed un incentivo a reagire al disagio psichico. Nei giorni in cui i sintomi algici sono maggiormente intensi viene sostituita dal marito, che comunque l'accompagna in occasione di acquisti più importanti evitandole il trasporto di pesi. Da sempre il signor _____ si incarica dei pagamenti e di ogni pratica amministrativa. I limiti nel trasporto di pesi e le difficoltà talvolta più importanti giustificano una percentuale di impedimenti del 20% .” Infine, per quanto concerne il bucato, la confezione e la riparazione di indumenti, ha assegnato un'importanza del 20%, ha indicato una percentuale di impedimento del 30% e di invalidità del 6% rilevando: " Il locale lavanderia è situato nello scantinato. La signora RI 1 si incarica personalmente del bucato, e quando i dolori sono particolarmente intensi viene sostituita dal marito nel trasporto della cesta per stendere la biancheria allo stenditoio. Sollevare le braccia oltre le spalle le procura infatti molti dolori. Si incarica personalmente di piegare i capi asciutti e riporli nell'armadio, limitando lo stiro unicamente allo stretto indispensabile, un'attività alla quale può dedicarsi solo per un tempo limitato. In passato si dedicava a lavori all'uncinetto, ai quali aveva già rinunciato prima dell'insorgere del danno alla salute. I dolori risentiti e il minor rendimento permettono una valutazione degli impedimenti del 30%." (doc. AI 18-5) Certo, l'assistente sociale _____ aveva concluso per un'invalidità del 40%. Tuttavia, questa valutazione, oltre ad essere assai scarna e poco motivata (cfr. doc. AI 1-33: a proposito dell'alimentazione " Das Ehepaar RI 1 verrichtet je ca. 50% dieser Arbeit. Es werden eher einfache Gerichte gekocht. Früher habe man z.B. selber Lasagne o.ä. gemacht. Dies gibt es heute nicht mehr.", per la pulizia dell'appartamento: " auch die Wohnunspflege wird ca. je zur Hälfte von beiden Personen erledigt .“, della spesa: „den Klein- wie den Grosseinkauf machen die beiden zusammen. Dies sei schon früher so gewesen“ ed infine il bucato:“ auch diese Arbeit wird in etwa zur Hälfte von Hr. und Fr. RI 1 erledigt .“), è comunque stata effettuata in altri locali. In precedenza la ricorrente abitava a _____ (Canton _____), in una “ 3-Familienhaus (Eigentum) ” (cfr. doc. AI 1-31), “ mit dem Auto ca. 5 Min. ins Zentrum von _____ ” (doc. AI 1-32). Inoltre l'assistente sociale _____ si è limitata ad attribuire una percentuale del 50% agli impedimenti relativi all'alimentazione, cura della casa e bucato, dove il marito l'aiutava al 50%, mentre avrebbe piuttosto dovuto ritenere gli impedimenti della ricorrente stessa. Attualmente per contro l'interessata vive in un appartamento di 3 ½ locali, al 3° piano con ascensore e dispone di un negozio di fronte al palazzo in cui vive. Per cui la sua situazione è comunque cambiata. Questo Tribunale deve pertanto concludere che l'interessata, perlomeno fino alla valutazione dei medici del SAM, non era affetta da una patologia invalidante e che comunque, anche se per pura ipotesi di lavoro lo fosse stata, con il trasferimento in Ticino, la sua situazione abitativa è mutata al punto tale da poter ritenere al massimo un grado d'invalidità del 27.5%. Come visto, in sede di osservazioni al progetto di decisione, la ricorrente ha prodotto un certificato medico della dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, la quale ha indicato di aver visitato l'insorgente per la prima volta il 6 giugno 2007 e, dopo aver descritto gli esami effettuati, ha affermato che le “ RX eseguite 6.6.2007, hanno dimostrato un peggioramento del quadro degenerativo cervicale, rispetto al 2006. A livello lombare netto peggioramento del quadro degenerativo con ostecondrosi e spondilosi reattiva diffusa ed anterolistesi di 1° grado L5-S1 .” (doc. AI 29-2, sottolineatura del redattore). La successiva presa di

posizione del dr. med. _____, medico SMR, non convince, essendosi limitato ad affermare che “ sia le visite mediche che l’inchiesta a domicilio son state fatte adeguatamente e le conclusioni sono coerenti, e quindi la valutazione va confermata, non tenendo conto delle osservazioni dei curanti (a posteriori). ” (doc. AI 31-1) e non avendo indicato, in maniera approfondita, per quale motivo non occorre tener conto di questa valutazione. Tuttavia, dai successivi atti medici, ed in particolare dai referti del 7 febbraio 2009 e dell’ 11 febbraio 2009 della Clinica di Riabilitazione di _____, sottoscritto dal dr. med. _____, primario e FMH in fisiatria e riabilitazione, nonché dal dr. med. _____ capo servizio, FMH in medicina interna, reumatologia e in fisiatria e riabilitazione, come la dr.ssa _____, emerge che la diagnosi principale relativa alle patologie di cui soffre l’insorgente è la “ riabilitazione multidisciplinare del dolore cronico su/con fibromialgia, sindrome depressiva cronica dal 1991, insonnia, disturbi digestivi, astenia generalizzata, tachicardie sintomatiche recidivanti, crampi agli arti inferiori, allergie multiple su diversi fattori scatenanti ” (cfr. doc. XV/2). Per contro, gli specialisti della clinica di _____ non hanno ritenuto l’osteocondrosi e la spondilosi reattiva diffusa ed anterolistesi di 1° grado L5-S1, quale diagnosi principale o secondaria. Essi hanno del resto evidenziato che si tratta di una “ paziente nota per un sindrome del dolore cronico su fibromialgia associata con sindrome depressiva cronica con insonnia e disturbi digestivi ”, ossia patologie prese in considerazione dai medici SMR e che “ l’attuale peggioramento sarebbe stato concomitante dalla diminuzione della rendita AI da 40 a 37.7% ” (doc. XV/2), e meglio dal marzo 2008, come del resto confermato dalla stessa curante, dr. med. _____, la quale ha posto le medesime diagnosi dei medici di _____ ed ha evidenziato come “ il peggioramento può essere considerato dalla primavera del 2008 con aggravamento della sintomatologia dolorosa nel quadro della fibromialgia. ” (doc. XVI). Ne segue che il peggioramento attestato dalla dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, non ha avuto conseguenze sulle diagnosi, già conosciute e valutate in maniera approfondita dai medici SMR e quindi neppure sul grado d’invalidità della ricorrente. Il successivo peggioramento dello stato di salute, attestato dalla dr.ssa _____ e dalla Clinica di riabilitazione di _____, dove l’interessata è rimasta degente dal 18 gennaio 2009 al 7 febbraio 2009, potrà semmai essere preso in considerazione nell’ambito di una nuova procedura amministrativa. Infatti, va ribadito che secondo costante giurisprudenza del TFA, l’autorità giudicante deve limitare l’esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all’epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). In concreto, interpellata dal TCA la curante ha fatto risalire l’asserito peggioramento dalla “ primavera del 2008 ” (doc. XVI). Ora, quando l’amministrazione ha emanato la propria decisione - momento, lo si ripete, che segna il limite temporale del potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali – era ancora inverno (4 marzo 2008) e il termine di tre mesi di cui all’art. 88a cpv. 2 OAI non era comunque scaduto, di modo che questo Tribunale non è legittimato a procedere alla revisione della rendita di invalidità in vigore (cfr. sentenza 32.2007.323 del 4 febbraio 2009). Spetterà semmai alla ricorrente inoltrare una nuova domanda all’UAI, facendo valere il citato peggioramento dello stato di salute. Alla luce di quanto sopra esposto, il ricorso deve essere respinto, mentre la decisione impugnata è annullata. 2.10. Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI 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 parte ricorrente.

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. 2.7. In concreto il 6 ottobre 2003 l'insorgente ha inoltrato una richiesta di prestazioni AI a causa di una " endog. Depression " presente dal maggio 1989 (doc. AI 1-8). Interpellato in merito il dr. med. _____, FMH medicina generale, medico curante dell'insorgente, il 24 novembre 2003 ha certificato la presenza dal 2001 di una " endogene Depression " ed ha attestato un'incapacità lavorativa del 30% quale casalinga dal mese di marzo 2001 (doc. AI 1-16). Il curante ha indicato che " Die Patientin leidet unter depressiven Störungen wie Schlafstörungen, Apatie, Antriebslosigkeit, Hitzewallungen, usw. " (doc. AI 1-17) ed ha aggiunto che " Eine Arbeitsfähigkeit von 50-70% ist ganztags mit reduzierter Leistung möglich. " (doc. AI 1-19). Il 15 giugno 2004 il dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, interpellato dall'UAI _____, ha affermato: " Ich beziehe mich auf den von Ihnen gewünschten Arztbericht und teile Ihnen mit, dass ich Frau RI 1 nur zweimal (am 20.03 und am 02.04.2003) untersucht habe. Damals zeigte sie eine mittelgradige, depressive Episode, gepaart mit Zwangsgedanken im

Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Z60.3). Da die Patientin nicht mehr bei mir erschienen ist, kann ich mich weder über den weiteren Verlauf noch über die jetzige Arbeitsfähigkeit äussern." (doc. AI 1-27) II

E. 3.3.1

Die Vorinstanz hat das Gutachten der MEDAS vom 16. Dezember 2004 und die sich darauf beziehende Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Invalidenversicherung vom 17. Januar 2005 gewürdigt und das Vorhandensein eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint. Sie ist insoweit von den Schlussfolgerungen der Expertise abgewichen. Im gesamten Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Obgleich also keine Bindung an förmliche Beweisregeln besteht, hat die Praxis mit Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (BGE 125 V 351 E. 3 S. 352). Dazu gehört, dass von einem Gutachten, welches alle Anforderungen hinsichtlich der Beurteilungsgrundlagen und der Begründung erfüllt und das deshalb als schlüssig und somit beweiswertig einzustufen ist, nur abgewichen werden darf, wenn besondere Gründe dies rechtfertigen. Das kantonale Gericht hat in diesem Zusammenhang zutreffend ausgeführt, dass eine psychische Störung nicht ohne weiteres eine (invalidisierende) Arbeitsunfähigkeit bewirken muss. Dies gilt insbesondere dann, wenn – wie vorliegend - einzig eine definitionsgemäss leichtgradige Beeinträchtigung diagnostiziert wird (zu den körperlichen Leiden der Versicherten vgl. E. 3.3.2 hiernach). Nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung ist Dysthymie eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (Ziff. F34.1). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat denn auch verschiedentlich angenommen, eine Dysthymie sei den jeweiligen Umständen nach nicht invalidisierend (Urteile I 938/05 vom 24. August 2006, E. 4.1 und E. 5; I 834/04 vom 19. April 2006, E. 4.1; I 488/04 vom 31. Januar 2006, E. 3.3). Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt (vgl. die Hinweise in den soeben zitierten Urteilen) und damit eine Rechtsfrage darstellt (E. 3.2 hiervor), ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteil I 653/04 vom 19. April 2006, E. 3). Findet sich im Psychostatus indes nur eine Dysthymie, so kann das wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. In diesem Sinne hat die Vorinstanz zu Recht festgestellt, dass die Expertise der MEDAS zwar an sich uneingeschränkt beweistauglich ist, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht mit dem für die Belange der Invalidenversicherung massgeblichen Beweisgegenstand übereinstimmt. Mit anderen Worten haben die Sachverständigen ihrer Beurteilung auch Elemente zugrunde gelegt, die nicht einem pathologischen Substrat im engeren, rechtserheblichen Sinn zuzurechnen sind. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist vielmehr offenkundig direkte Folge psychosozialer Faktoren. Diese wirken sich allenfalls mittelbar invaliditätsbegründend aus, wenn und insoweit sie zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden

Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Thomas Locher, Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 253). Aus dem Gutachten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach jahrelanger Mehrfachbeanspruchung als Mutter, Haus- und Berufsfrau ausgebrannt und erschöpft wirke. Dieser Befund, dem nicht die Eigenschaft eines Gesundheitsschadens im Rechtssinn zukommt, ist offenkundig hauptverantwortlich für die Entstehung der attestierten Leistungseinschränkung." In una sentenza I 76/07 del 24 gennaio 2008 il TF ha negato che lo stato depressivo di un'assicurata, affetta da distimia, costituisca una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata. L'Alta Corte ha pure escluso che la fibromialgia presentata dall'assicurata abbia carattere invalidante, difettando gli altri criteri richiesti dalla giurisprudenza per ritenere, eccezionalmente, inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro. Al contrario, in una sentenza I 653/04 del 19 aprile 2006 il TFA, diversamente da quanto deciso dai primi giudici, ha ritenuto invalidante la diagnosi di distimia posta dal perito psichiatra, in quanto associata ad altri disturbi gravi della personalità. Dalla perizia psichiatrica era infatti emerso che l'assicurato era affetto dalle seguenti patologie: " (...) l'assuré présente une dysthymie (F 34.1), une personnalité émotionnellement labile de type impulsif avec antécédents dyssociaux (F 60.30) et utilisation d'alcool nocive pour la santé (F 10.1). Il conclut que l'ensemble du tableau clinique peut être considéré comme une affection psychique partiellement invalidante. En ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée du point de vue orthopédique, il estime que les troubles psychiques énoncés ainsi que des perturbations visibles de ses capacités d'attention lors de l'examen clinique justifient une incapacité de travail de 40%." Queste conclusioni del perito erano state contestate dal medico SMR, il quale aveva ritenuto che i disturbi psichici dell'assicurato non avessero carattere invalidante. Al riguardo, la nostra Massima Istanza si è così espressa: " (...) 3. Selon le rapport d'expertise du docteur V. _____, le recourant souffre d'une dysthymie (F 34.1); en outre, il présente une personnalité émotionnellement labile de type impulsif avec antécédents dyssociaux (F 60.30) et utilisation d'alcool nocive pour la santé (F 10.1). L'expert explique que la personnalité de l'assuré est avant tout marquée par une forte impulsivité, une tendance colérique et une recherche excessive de sensations avec une intolérance à l'ennui, permettant de parler d'organisation de la personnalité de type psychopatique, mais sur des fondements fragiles, laissant transparaître des angoisses plus archaïques, de nature psychotique. Il note encore que la perception du réel est en général préservée, sauf lors d'épisodes de stress, où l'expertisé peut momentanément perdre le contact avec la réalité. La recherche excessive des sensations et le manque de tolérance à l'ennui expliqueraient pourquoi l'assuré supporte mal l'inactivité et qu'il se laisse aller à une consommation alcoolique régulière à la limite de l'alcoolisme chronique. Sa personnalité aurait pu s'organiser sur un mode antisocial s'il n'avait pas bénéficié d'un cadre rassurant en Suisse, constitué tant par l'influence positive de son épouse que par un ancrage professionnel solide dans une activité de peintre en bâtiment qui lui convenait. Ce contexte structurant a permis, selon l'expert, de mettre en veilleuse la structure psychopatique sous-jacente. Les manifestations du trouble de la personnalité se sont cependant réactivées lorsque l'équilibre social s'est modifié, à la suite des accidents et de la perte de gain consécutive dans la profession exercée jusque-là et dans une moindre mesure, la maladie physique de son épouse. Les premiers juges ont considéré que ni le diagnostic de dysthymie, dont ils mettent en doute la présence de symptômes chez le recourant, ni celui

de personnalité émotionnellement labile de type impulsif avec antécédents dyssociaux, ne constituent en soi une affection invalidante. Comme le relève cependant à juste titre le recourant, l'expert explique que l'état dysthymique a une influence significative sur la capacité de travail parce qu'il est associé à un trouble sévère de la personnalité. C'est donc bien la conjonction de ces troubles psychiques qui entraîne, du point de vue médico-psychiatrique, une incapacité de travail de 40 % dans toute activité lucrative que l'on pourrait exiger du recourant d'un point de vue orthopédique. Sur ce point, les conclusions de l'expert ne sont infirmées par aucune des pièces médicales versées au dossier; en particulier, l'appréciation psychologique du docteur B. _____, laquelle est antérieure à celle de l'expert V. _____, n'est pas apte à mettre en doute la pertinence de ses déductions. Au contraire, celles-ci corroborent l'avis du docteur H. _____, lequel avait déjà évoqué une aggravation de la situation par un état anxio-dépressif (cf. rapport du 9 juin 2001). Par ailleurs, l'expert ne fonde pas l'incapacité de travail de l'assuré sur des facteurs étrangers à l'invalidité. Pour le reste, le rapport d'expertise ne contient pas de contradictions. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'écarter des conclusions du docteur V. _____ dans la mesure où celui-ci attribue au recourant une incapacité de travail de 40 % en raison de troubles psychiques." In un'altra sentenza 9C 127/2007 del 12 febbraio 2008 l'Alta Corte, nel caso di un'assicurata affetta da una sindrome somatoforme dolorosa e da una distimia, ha stabilito che la distimia, da sola, provocava una incapacità lavorativa del 30%. La nostra Massima Istanza ha infatti rilevato: " (...) 3.

E. 7

giugno 2004 si è tenuta, presso l'abitazione della ricorrente, l'inchiesta a domicilio. L'assistente sociale _____ ha affermato: " Frau RI 1 spricht kaum deutsch, weshalb der Ehemann Auskunft gibt. Seit ca. 15 Jahren leidet Frau RI 1 einer starken Depression, verbunden mit Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und Hitzewallungen. Es gibt Tage, an welchen sie praktisch nur herumliege. Die Depression hat sich seit ca. 2 Jahren stark verschlimmert. Zur Zeit leidet sie zudem an Armschmerzen. Nachts beisse sie die Zähne zusammen, was dann zu Schmerzen im Nacken- und Armbereich komme. Frau RI 1 hat immer Angstgefühle. Sie fürchte sich jeweils am Morgen vor dem Tag. Sie hat Angst, dass etwa Schlimmes passieren könnte. Hr. _____ ist ebenfalls invalid. Aufgrund eines Rückenproblems bezieht er seit 1.8.2002 eine ganze Rente. Den Haushalt erledigt das Ehepaar allein. Sie teilen sich die Arbeit etwa zur Hälfte auf." (doc. AI 1-37) La funzionaria ha stabilito un grado d'invalidità del 40% (doc. AI 1-36) ed ha rilevato, tra l'altro che " Der Haushalt wird ca. zur Hälfte von Frau RI 1 und zur Hälfte vom Ehemann erledigt. Hilfe durch Drittpersonen haben sie nicht. 2 der Kinder leben in _____, eines lebt gleich nebenan, hat jedoch auch gesundheitliche Probleme ." (doc. AI 1-37). Da una nota interna del 24 giugno 2004 dell'UAI del Canton _____ emerge che " Bei dieser Vers. wurde eine Abklärung an Ort durchgeführt. Es kann auf den Bericht verwiesen werden. Im Haushalt ermittelte ich eine Einschränkung von 40%. Da wir lediglich ein AZ des Hausarztes hatten, habe ich beim Psychiater, welche mir die Vers. Angab, noch ein AZ einverlangt. Frau RI 1 hat diesen Psychiater jedoch nur 2 X aufgesucht. Er kann zur AF keine Stellung nehmen. Ich schlage vor, bei der Vers. eine psychiatr. Begutachtung durchzuführen ." (doc. AI 1-38). Il 13 luglio 2004 un altro funzionario ha invece affermato che " ich denke, in diesem Fall kann man die Beurteilung des Hausarztes ohne weitere psychiatrische Abklärung übernehmen, zumal sich diese ziemlich mit der Abklärung vor Ort deckt. Ich würde von einer 30 bis 40% Beeinträchtigung ausgehen ." (doc. AI 1-38). Sulla base delle citate considerazioni l'UAI del Canton _____ ha deciso per ¼ di

rendita (doc. AI 1-39), cui, come visto in precedenza, l'interessata ha rinunciato. Il 20 giugno 2006 il dr. med. _____, FMH medicina generale, ha scritto all'UAI affermando che " soggettivamente la paziente lamenta un peggioramento della sintomatologia osseo-articolare (vedi referto della Dr.ssa _____) " (doc. AI 9-1). Alla lettera il medico curante ha allegato uno scritto del 9 febbraio 2006 della dr.ssa med. _____, FMH fisiatria e reumatologia, la quale ha evidenziato come l'interessata sia affetta, in particolare, da una sindrome cervicale e mialgica, con tendinosi a catena con blocco C1 e C2 (doc. AI 9-2). Il 2 ottobre 2006 l'interessata è stata sottoposta ad una perizia medica ad opera dei medici SMR, dr.ssa med. _____ e dr. med. _____, reumatologo. Dal referto emerge la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (ICD 10; F33) in paziente con distimia (F34.1), sindrome fibromialgica e osteoartrosi polidistrettuale con maggiore localizzazione al rachide cervicale, mani e polsi e osteopenia post-menopausale, oltre alle diagnosi senza influo sulla capacità lavorativa di mastopatia fibrocistica, reflusso gastro-esofageo e stato dopo intervento per poliposi dell'utero (doc. AI 16-1). I medici hanno indicato che l'assicurata necessita di due pause di 15 minuti alla mattina e di due pause di 15 minuti nelle ore pomeridiane, presenta una ridotta forza di presa alle mani, con limitazione nello svolgere attività con le piccole articolazioni delle mani, limite nel tagliare la carne a tavola, nello stappare le bottiglie per una riduzione di forza. Nel rispetto delle pause di riposo la deambulazione non presenta limiti funzionali. L'interessata è in grado di eseguire tutti i cambi di posizione con lentezza ma senza limiti funzionali. Le attività quali lavare i vetri oppure lavare i pavimenti possono essere svolte in tempi maggiori ma senza altri limiti funzionali. Dalla perizia emerge inoltre: " Sulla base dell'attuale valutazione psichiatrica, dei dati anamnestici, dell'esame psichico l'assicurata risulta essere affetta da distimia, su cui in passato si sono verificati episodi depressivi di maggiore gravità in concomitanza ad alcuni eventi di vita negativi (lutti, problemi famigliari). L'assicurata risulta quindi essere affetta da una depressione cronica del tono dell'umore, i cui sintomi non sono particolarmente significativi da soddisfare i criteri per una sindrome depressiva ricorrente di gravità lieve o media per quanto riguarda l'entità o la durata dei singoli episodi. Trattasi comunque di una personalità strutturalmente fragile, facilmente suscettibile allo stress con tendenza a reagire agli eventi negativi della vita con scompensi ansiosodepressivi. Nel corso degli ultimi anni non vengono ad ogni modo riportati episodi depressivi maggiori, grazie ad una terapia antidepressiva le condizioni psichiche sono rimaste pressoché stazionarie, con tendenza però a somatizzazioni. Oltre alla presenza di un osteoartrosi polidistrettuale, all'esame medico attuale viene riscontrata una sindrome fibromialgica. Lo stato attuale di salute non pare tuttavia compromettere in maniera significativa la funzionalità a livello famigliare e sociale dell'assicurata, non si osserva infatti una perdita di integrazione sociale nei vari ambiti della vita. Seppur con tempi e ritmi ridotti per la presenza di dolori, l'assicurata svolge le normali attività domestiche senza impedimenti significativi dal lato psichico. Dal punto di vista reumatologico l'assicurata può svolgere a domicilio le attività domestiche con lentezza e con l'aiuto a volte del marito; i limiti funzionali sono sostenuti dalla necessità di almeno due pause di 15 min durante le ore mattutine e le stesse pause nelle ore pomeridiane, questo per la comparsa di un'astenia intensa che limita la capacità lavorativa, la deambulazione prolungata e l'attività di casalinga. La ridotta forza di presa alle mani non limita le attività in casa se non per la forza limitata nell'aprire le bottiglie, nel tagliare la carne e nel sollevare vassoi con un peso superiore ai 3 kg. Anche il cingolo scapolare e il cingolo pelvico non presentano limitazioni all'attività quotidiana casalinga. Il lavare vetri o

pavimenti può essere svolto con lentezza ma senza altri limiti." (doc. AI 16-6) Va ancora evidenziato come il 12 aprile 2007 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) E' stata valutata in tandem al SMR (valutazione psichiatrica e reumatologica, dr. _____ e dr. _____), e sono stati espressi i limiti funzionali. Dal lato psichiatrico non è stato constatato un peggioramento, anzi essa sembra funzionare meglio in virtù del miglioramento della situazioni familiare (figli con problemi di dipendenza in passato, ora non più presenti). Dal punto di vista reumatologico le limitazioni come casalinga sono da ritenere non importanti. La inchiesta a domicilio valuta una IL 27%: da notare che l'A. può contare sull'aiuto del marito e che l'economia domestica di 2 adulti in un appartamento piccolo richiede meno impegno. E' quindi giustificata la riduzione della IL e quindi anche la soppressione della rendita." (doc. AI 20-1) Il 25 giugno 2006 la dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, ha informato di aver rilevato lo studio della dr.ssa med. _____, dal 1.1.2007 ed ha affermato: " (...) Dai documenti precedenti ho potuto rilevare che la Signora summenzionata era stata curata per poliartrosi e scoliosi: Sindrome cervico-mialgica con tendinosi a catena in blocco C1-C2 e osteocondrosi e spondilosi reattiva plurisegmentaria Sindrome toracale in cifosi Sindrome lombare in scoliosi dx-convessa toracale e sx-convessa lombare; osteocondrosi e spondilosi reattiva plurisegmentaria Poliartrosi alle mani con rizoartrosi bilaterale, artrosi DIP 2, 3 e 4 a dx e 3, 4, 5 a sx Gonartrosi bilaterale Osteopenia incipiente in sede centrale E' stata da me visitata per la prima volta in data 6.6.2007. La paziente lamentava forti dolori osteoarticolari e muscolari in conosciuta malattia artrosica e fibromialgia, inoltre sindrome depressiva. In anamnesi intossicazione da amalgama. All'esame obiettivo ho potuto constatare una postura scorretta con ipercifosi dorsali e atteggiamento in anteposizione del capo e collo. Scoliosi dx convessa dorsale e sx convessa lombare, appianamento della lordosi lombare. Valgismo del ginocchio dx, lieve dismetria di ca 1 cm più corta a dx. Alla palpazione vivo dolore sulla occipito – atlantoidea, sulle spinose cervicali – dorsali e lombari, sulla sacroiliaca dx, sui trachiti, sui trocanteri e sulla trapezio metacarpica bilateralmente. Alla valutazione muscolare, fibromialgia e contrattura delle masse muscolari paravertebrali ed accessori, soprattutto a dx. Ipostenia diffusa agli arti di dx. Alla valutazione articolare marcata rigidità diffusa articolare con limitazione multiplanare del 40% soprattutto a livello del rachide cervicale, in disfunzione C1 – C2 e lombare. Alla valutazione neurologica disestesia agli arti di dx, pendenza verso dx con scarsissimo equilibrio e deficit propriocettivo. Dolore e rigidità sulle femoro – rotulee e sul compartimento mediale bilateralmente. Articolari dolorosa ai gradi estremi. Le RX eseguite 6.6.2007, hanno dimostrato un peggioramento del quadro degenerativo cervicale, rispetto al 2006. A livello lombare netto peggioramento del quadro degenerativo con osteocondrosi e spondilosi reattiva diffusa ed anterolistesi di 1° grado L5-S1. La Densitometria ossea ha dimostrato una significativa perdita a carico del femore prossimale, rispetto all'esame del 2005 che richiederà un inquadramento terapeutico. Dal punto di vista farmacologico la Signora è in trattamento con condroprotettori, antidepressivi e Calcio e Vitamina D. Chiedo cortesemente di rivalutare il ripristino del diritto ad una rendita di invalidità." (doc. AI 29-2) Il 25 febbraio 2008, il medico SMR, dr. med. _____, ha preso posizione sul predetto certificato medico, affermando: " (...) - è stata valutata sia dal punto di vista psichiatrico (dr.ssa _____ SMR) che dal punto di vista reumatologico (dr. _____ SMR) - è stata fatta un'inchiesta a domicilio (28.03.2007), per valutare le limitazioni nell'attività di casalinga (nel caso specifico: economia domestica di 2 persone, con l'aiuto del marito a beneficio di una rendita intera AI) ed è stata valutata la IL a 27.5% (tenendo conto delle

valutazioni mediche e della situazione "in pratica". Sia le visite mediche che l'inchiesta a domicilio son state fatte adeguatamente e le conclusioni sono coerenti, e quindi la valutazione va confermata, non tenendo conto delle osservazioni dei curanti (a posteriori)" (doc. AI 31-1) 2.8. Va qui rammentato che affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; sentenza del 26 agosto 2004, I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il

paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (sentenza del 25 febbraio 2003, U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). S e vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04). 2.9. Chiamato a statuire sulla domanda della ricorrente come se si trattasse della prima richiesta (cfr. consid. 2.6), questo Tribunale deve valutare se le patologie di cui soffre la ricorrente sono invalidanti e deve esaminare se lo stato di salute dell'insorgente dal 2001 all'emissione della decisione formale qui impugnata ha subito un miglioramento oppure un peggioramento. Il TCA deve innanzitutto evidenziare come gli atti medici e gli accertamenti effettuati dalle autorità _____ sono assai scarni. Infatti, dalle tavole processuali emerge unicamente che il medico curante, dr. med. _____, FMH in medicina generale, e dunque non specialista in psichiatria, ha genericamente diagnosticato la presenza di una " endogene Depression " senza tuttavia utilizzare i criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.) ed ha evidenziato come l'interessata quale casalinga sarebbe stata incapace al 30%, mentre in altre attività lavorative è stata accertata una capacità lavorativa del 50-70% (doc. 1-19). D'altra parte lo specialista in psichiatria che ha diagnosticato la " rezidivierenden depressiven Störung" (ICD-10: F33.1) e la " kulturellen Eingewöhnung" (Z60.3). ha visitato la paziente solo in un paio di occasioni e non ha potuto esprimersi circa l'incapacità lavorativa della ricorrente (doc. 1-27) ed anche la successiva inchiesta economica al domicilio dell'interessata non è stata particolarmente approfondita dalle autorità

_____ . Da un'attenta lettura della documentazione agli atti emerge che i due medici SMR, dr. med. _____ e dr. med. _____, che hanno visitato la ricorrente il 2 ottobre 2007 hanno anch'essi posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (ICD 10; F33), evidenziando inoltre la presenza di una distimia (F34.1), di una sindrome fibromialgica e di un'osteoartrite polidistrettuale con maggiore localizzazione al rachide cervicale, mani e polsi oltre ad un'osteopenia post-menopausale. Rispetto alle diagnosi poste dalle autorità _____, dal punto di vista psichico risulta una certa stabilità dello stato di salute della ricorrente. Certo, il Dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, aveva diagnosticato anche " Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung" (Z60.3), che nel frattempo sono verosimilmente scomparse con il trasferimento del domicilio in Ticino. Tuttavia, i medesimi medici SMR hanno evidenziato come " nel corso degli ultimi anni non vengono ad ogni modo riportati episodi depressivi maggiori, grazie ad una terapia antidepressiva le condizioni psichiche sono rimaste pressoché stazionarie, con tendenza però a somatizzazioni ." (doc. AI 16-6). I medici SMR hanno inoltre accertato che " sulla base dell'attuale valutazione psichiatrica, dei dati anamnesitici, dell'esame psichico, l'assicurata risulta essere affetta da distimia, su cui in passato si sono verificati episodi depressivi di maggiore gravità in concomitanza ad alcuni eventi di vita negativi (lutti, problemi familiari). L'assicurata risulta quindi essere affetta da una depressione cronica del tono dell'umore, i cui sintomi non sono particolarmente significativi da soddisfare i criteri per una sindrome depressiva ricorrente di gravità lieve o media per quanto riguarda l'entità o la durata dei singoli episodi ." (doc. AI 16-6, sottolineatura del redattore). Ora, a proposito della distimia, con recente sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009 il Tribunale federale ha affermato: " (...) 4.2 In questo contesto, il Tribunale cantonale ha giustamente esplicitato il concetto per cui un disturbo psichico non deve necessariamente provocare un'incapacità lavorativa invalidante. Ciò vale in particolare nel caso – come quello di specie – in cui la diagnosi pronunciata mette in evidenza un danno di lieve entità. 4.3 Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio – a seconda delle circostanze – effetti invalidanti (sentenze I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; I 834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; I 488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza I 653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia "unicamente" una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008/IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06])." (sottolineature del redattore) Nella sentenza cantonale del 10 marzo 2008 (inc. 32.2007.158), il TCA aveva rammentato le caratteristiche della distimia, e meglio: " F34.1 Distimia Si tratta di una depressione cronica del tono dell'umore, della durata di almeno alcuni anni, che non è sufficientemente grave, o nella quale i singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (F33.-). ● Nevrosi depressiva ● Disturbo di personalità

depressivo Depressione nevrotica Depressione ansiosa persistente Esclude: depressione ansiosa (lieve o non persistente) (F41. 2) Note diagnostiche Sebbene gli attuali sintomi non giustifichino una diagnosi di sindrome depressiva, una diagnosi di distimia può essere ancora posta se ciò si è verificato in passato, particolarmente dall'esordio della malattia. Il bilancio tra le singole fasi di depressione lieve e i periodi intervallari di relativa normalità è molto variabile. La distimia ha molto in comune con i concetti di nevrosi depressiva e di depressione nevrotica. DCR-10 A. Vi deve essere un periodo di almeno due anni in umore depresso costante o costantemente ricorrente. I periodi intervallari di umore normale durano raramente più di qualche settimana e non vi sono episodi ipomaniacali. B. Nessuno, o molto pochi, degli episodi depressivi, durante tale periodo di almeno due anni, sono di gravità o durata tale da soddisfare i criteri per la sindrome depressiva ricorrente lieve (F.33.0). C. Durante almeno alcuni dei periodi depressivi, debbono essere presenti almeno tre degli aspetti seguenti: (1) energia o attività ridotta (2) insonnia (3) perdita di fiducia in se stesso o sentimenti di inadeguatezza (4) difficoltà di concentrazione (5) pianto frequente (6) perdita di interesse o di piacere nell'attività sessuale e in altre attività piacevoli (7) sentimenti di disperazione o di sconforto (8) vissuto di incapacità di far fronte alle ordinarie responsabilità della vita quotidiana (9) pessimismo circa il futuro o rimuginazioni sul passato (10) isolamento sociale (11) produzione verbale ridotta. Note diagnostiche Se lo si considera, si può specificare se l'esordio è stato precoce (nella tarda adolescenza o nella terza decade di vita) o tardivo (abituamente tra i 30 o i 50 anni, dopo un episodio affettivo)." (cfr. "ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali". Ed. Masson, Milano 2003, pag. 136-137)." Questo Tribunale, in una sentenza 32.2006.7 del 31 gennaio 2007 a proposito di un'assicurata che soffriva anche di una sindrome somatoforme dolorosa, ha stabilito che la diagnosi di distimia non può fare concludere per l'esistenza di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata, tanto più se si considera che la giurisprudenza federale ha già stabilito che uno stato depressivo medio o leggero (a differenza di quello grave) non può essere ritenuto una comorbidità psichiatrica visto che gli stati depressivi costituiscono delle manifestazioni d'accompagnamento del disturbo da dolore somatoforme (cfr. STFA del 16 novembre 2005 nella causa C., I 567/04; DTF 130 V 358 consid. 3.3.1.). In una sentenza I 488/04 del 31 gennaio 2006 il Tribunale federale ha confermato la decisione dei primi giudici, i quali, scostandosi dalle conclusioni alle quali erano giunti i medici incaricati di esperire una perizia pluridisciplinare, avevano ritenuto un'assicurata totalmente abile al lavoro in attività adeguate. La nostra Massima Istanza ha considerato corretto distanziarsi dalla perizia pluridisciplinare - che giungeva alla conclusione che l'assicurata, affetta da una sindrome del dolore somatoforme e da una distimia, fosse inabile al lavoro al 50% - dato che non vi erano elementi sufficienti per ammettere che l'interessata presentasse un'invalidità, da un punto di vista psichico, ai sensi della LAI. L'Alta Corte ha infatti ribadito che la diagnosi di distimia non è sufficiente per fare concludere per l'esistenza di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata, tale da rendere inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro. Non erano inoltre presenti, a mente del TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), gli altri criteri richiesti dalla giurisprudenza per ritenere, eccezionalmente, che la sindrome del dolore somatoforme avesse carattere invalidante. In un'altra sentenza I 834/04 e I 46/05 del 19 aprile 2006 l'Alta Corte, contrariamente a quanto deciso dai primi giudici - che sulla base del parere del SMR avevano considerato un'assicurata, a causa dei suoi disturbi psichici, abile al lavoro all'80% in attività adeguate - ha ritenuto che la distimia che affliggeva l'assicurata non costituiva una patologia

psichiatrica sufficiente per comportare una diminuzione della capacità lavorativa residua. In una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 il TFA ha confermato la decisione dei primi giudici, che avevano ritenuto un'assicurata pienamente abile al lavoro, dato che le sue affezioni psichiche (sindrome somatoforme dolorosa e distimia a debutto tardivo) non avevano alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. In una sentenza I 649/06 del 13 marzo 2007, il Tribunale federale ha sottolineato di avere già evidenziato, a più riprese, che la diagnosi di distimia – che corrisponde ad una depressione cronica del tono dell'umore, che non è sufficientemente grave da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve - pur potendo dare luogo ad una diminuzione del rendimento, non è, in quanto tale, invalidante. L'Alta Corte si è così espressa: "

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