

## **TI\_GERICHTE 32.2008.80 vom 13. März 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-03-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.80)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.80 du 13 mars 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.80 del 13 marzo 2008

### **Regeste**

Rinvio degli atti all'UAI per una nuova valutazione dello stato di salute della ricorrente. La patologia psichiatrica e quella dermatologica necessitano di un ulteriore accertamento peritale specialistico

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit., p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR

2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.4. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (cfr. DTF 131 V 164; DTF 131 V 120; DTF 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA del 10 gennaio 2006 nella causa K., I 597/04; STFA del 27 dicembre 2005 nella causa A., I 689/04; STFA del 19 ottobre 2005 nella causa F., I 38/05; STFA del 14 aprile 2005 nella causa K., 12/04; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa K., I 528/04; STFA del 29 giugno 2004 nella causa T., I 299/03). Al riguardo cfr. STCA 32.2005.83 del 20 febbraio 2006, massimata in RtiD II-2006 N. 39 pag. 182. 2.5. L'art. 17 cpv. 1 LPGa stabilisce che: " Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). 2.6. In una sentenza del 12 ottobre 2005 nella causa R., I 8/04, pubblicata in plaidoyer 1/06, pag. 64-65, il TFA ha ricordato i principi che sono alla base della revisione e della riconsiderazione di decisioni amministrative e si è così espresso: " (...) 2. 2.1 En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGa). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: URSS Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse, Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). 2.2 Si l'on compare les expertises du COMAI du 9 mai 1995 et de la Clinique X. du 10 mai 2002, les principaux diagnostics posés sont pratiquement superposables (syndrome somatoforme douloureux persistant et personnalité fruste et dépendante en 1995; syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4] et personnalité aux traits dépendants [F60.7] en 2002). Les conclusions des expertises sont divergentes, en revanche, en ce qui concerne les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Les experts du COMAI avaient estimé que le syndrome somatoforme douloureux prenait place dans le contexte d'un trouble de la personnalité. On était en présence d'une atteinte à la santé mentale importante, entraînant une incapacité totale de travail, sans perspective de reclassement ni d'amélioration, vu l'importance de la régression et de la fixation somatique. Les experts de la Clinique X. concluent, pour leur part, à l'absence d'atteinte somatique ou psychique susceptible de limiter la capacité de travail. Les mêmes experts déclarent s'écarter des conclusions du COMAI, au motif que l'association d'un trouble somatoforme douloureux à une personnalité aux traits dépendants ne constitue pas, à leur avis, une atteinte à la santé mentale importante. 2.3 Sur la base de ces éléments, il y a lieu de constater que les experts de la

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

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

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

3.3 En l'espèce, c'est en vue d'éclaircir 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<sup>er</sup> 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. 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., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 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. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a 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 siffatti 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; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a 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 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella causa N. (I 404/03), nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrante 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 del 28 maggio 2004 nella causa B. (I 702/03), il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario

tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza del 16 dicembre 2004 nella causa J., I 770/03 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). La nostra Massima Istanza in una sentenza del 19 maggio 2006 nella causa O. (I 873/05), si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: "(...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto

conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza del 4 luglio 2007 nella causa UAI contro M. e TCA (I 384/06) il Tribunale federale (TF) ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

2.8. Nella presente fattispecie l'UAI, al fine di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato sia la patologia reumatologica (Dr. \_\_\_\_\_) sia quella psichiatrica (Dr.ssa \_\_\_\_\_). L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, che nel proprio referto del 4 aprile 2007 ha posto la diagnosi di “fibromialgia; cervicotoraco-lombalgia nell'ambito della diagnosi principale e su delle alterazioni statiche con scoliosi a forma di S della colonna vertebrale, cifosi toracale che si prolunga alle prime vertebre lombari”. (doc. AI 28-23) Quanto alla capacità lavorativa, il Dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che dal punto di vista dell'apparato muscolo-scheletrico la paziente non presenta alcuna incapacità professionale in nessun tipo di attività professionale svolta. In particolare la paziente è ritenuta abile al lavoro sia come segretaria che come casalinga in misura completa (doc. AI 28-23). L'aspetto psichiatrico è invece stato valutato dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, la quale nel suo referto del 21 marzo 2007 ha posto la seguente valutazione: “ (...) Si tratta di una paziente con un quadro depressivo trascinato e mai completamente risolto tale da configurare una sindrome depressiva ricorrente. Anche la sintomatologia ansiosa si rivela piuttosto disturbante ed in grado di incidere, pur in misura modesta, sulla capacità lavorativa dell'A.. Il contesto delle difficili vicende economiche e dei diversi problemi di salute dei figli, unitamente al disturbo di personalità presentano (tratti dipendenti, tratti anancastici ed ansiosi) rappresenta probabilmente un ostacolo alla completa remissione dei sintomi depressivi ed ansiosi comunque molto meno accentuati che in passato ad indicare il trattamento in corso sta dando i suoi frutti.

1. Diagnosi dal suo punto di vista specialistico. Sindrome depressiva ricorrente. Episodio attuale di lieve entità (ICD-10: F33.0). Disturbo di personalità misto (ICD-10: F 61.0). Sindrome da attacchi di panico (ICD-10: F41.0).

2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a (precisare se possibile le ore a giorno o la riduzione del rendimento sul lavoro). La capacità lavorativa dell'A appare al momento ancora parzialmente compromessa dai sintomi psichici che comunque sembrerebbero in via di remissione; in ragione di una remissione che si valuta non sarà completa si ritiene che un'influenza sulla capacità lavorativa permarrà in misura del 30%.

3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato/a dal suo punto di vista specialistico riguardo alle problematiche segnalate agli atti e la prognosi a medio-lungo termine. Rispetto alle fasi di importante deflessione timica con angoscia, ansia anticipatoria, anedonia ed astenia, la situazione attuale appare molto migliorata. L'andamento positivo del quadro e la risposta anche se lenta al trattamento a cui l'A. aderisce con buona compliance depongono per una discreta prognosi, anche se i tratti patologici di personalità

sottesi sembrerebbero impedire una remissione completa e totale. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali. La diminuzione della capacità lavorativa è da attribuire al permanere dei sintomi ansiosi, di ritiro sociale oltre che ai tratti depressivi fluttuanti residui che interferiscono con la capacità dell'A. di gestire adeguatamente le problematiche quotidiane. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'A.? Il proseguimento delle cure in atto appare imprescindibile per stabilizzare i risultati fino ad ora ottenuti ma una ripresa totale dell'attività lavorativa risulta difficilmente pensabile. Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale presso quest'A.? Non sussistono limitazioni sul piano psichico che possano impedire eventuali provvedimenti d'integrazione professionale. 7. Ritiene che l'assicurato/a sia in grado di svolgere altre attività? se sì descriva i limiti funzionali e la capacità lavorativa in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento). I limiti funzionali del 30% riguardano sia l'attività svolta che altre attività idonee per l'A." (Doc. AI 28-25+26) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 9 maggio 2007 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 la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di lieve entità (ICD-10:F33.0); disturbo di personalità misto (ICD-10:F61.0); sindrome da attacchi di panico (ICD10: F41.0)" (doc. AI 28-11). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% nell'attività finora svolta di impiegata d'ufficio, mentre abile in misura piena (100%) in qualità di casalinga (doc. AI 28-14). L'assicurata ha contestato il progetto di decisione dell'UAI tramite il rapporto medico evolutivo dell'11 dicembre 2007 del Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, dal seguente tenore: " Si certifica che la RI 1 è in trattamento presso il mio studio dal maggio 2004 in modo regolare. Dal mio rapporto medico per l'AI del 28 aprile 2006 ella ha continuato ad essere seguita regolarmente con un trattamento psichiatrico integrato, ove veniva associata la farmacoterapia, alla psicoterapia e alle cure in day hospital presso la Clinica \_\_\_\_\_. Dal punto di vista medico ella si è sottoposta nel settembre 2006 ad una valutazione dermatologica presso il Dr. \_\_\_\_\_ che ha evidenziato una orticaria invalidante. La presenza di questa patologia orticaroidica ha creato una accentuazione dello stato ansioso, con aumento dell'insicurezza, dei dubbi e quindi uno scivolamento depressivo. Successivamente ella è stata vista in consultazione anche dal Dr. \_\_\_\_\_, neurologo, a metà settembre 2006 ed egli concluse per "un ipersonnia diurna probabilmente legata a disturbi del sonno notturni, in qualche occasione avrebbe anche avuto la sensazione di addormentarsi in macchina sempre però in condizioni di stress, in un'occasione dove aveva avuto delle cefalee dal carattere emicranico". È stata vista anche dal Dr. \_\_\_\_\_ nel novembre 2006 che ha concluso per una "sindrome algica somatoforme-fibriomialgia con distonia neurovegetativa con iperventilazioni e dermatografismo/o rticaria e compromissione biopsicosociale". Il Dr. \_\_\_\_\_ nella sua valutazione scriveva "... riscontro elementi distonici neurovegetativi con spiccato dermatografismo rosso (molto evidenti) e orticaria (anamnestica) in paziente con episodi dispnoici in stato dopo iperventilazione nonché "gastrite" cronica. Fa da corollario alla fibromialgia il netto affaticamento e i disturbi del sonno, indepone per una personalità di tipo anancastico orientato allo scrupoloso svolgimento dei propri doveri ...". Ella pertanto ha presentato in questi mesi una problematica dermatologica, una problematica neurologica e una problematica reumatologica di tipo somatoforme con importante compromissione

biopsicosociale. Dal lato soggettivo la Signora RI 1 percepisce uno stato di debolezza, nervosismo, agitazione, irritabilità, paure, ansie soprattutto nei confronti dei bambini e del marito, sensazione di efficienza mentale e fisica fortemente ridotte, con un forte senso di affaticamento e una grossa difficoltà a portare a termine i suoi compiti di madre e di moglie. A questi disturbi psichici si aggiungono forti disturbi di concentrazione e di memoria, con forti cefalee, disturbi premestruali, mialgia cronica, intorpidimento e formicolio alle mani e ai piedi. La signora afferma anche di non riuscire a sbrigare tutte le sue faccende domestiche e spesso i piatti e i bicchieri le cadrebbero di mano. Sostiene inoltre di percepire delle importanti difficoltà di concentrazione e di disturbi della memoria, non riuscendo neanche a completare una lettura. Inoltre, a causa dell'orticaria di cui soffre, deve assumere farmaci antistaminici che provocano uno stato di sonnolenza diurna con spossatezza e stanchezza perdurante. Afferma inoltre che tutti questi problemi legati anche ai disturbi del sonno creano un circolo vizioso che le impediscono di trovare una tranquillità. Pertanto dal lato soggettivo ella sente una forte spossatezza ed una impossibilità nel riuscire a seguire qualsiasi attività lavorativa. Dal lato psichiatrico ella soffre di una sindrome depressiva ricorrente, che è evoluta nell'ultimo anno in una sindrome depressiva persistente, sindrome da disturbo di attacchi di panico, tratti di fobia sociale e un disturbo di personalità anancastico. Dal lato psichiatrico la presenza di una sindrome orticaroidica ed emicranica, nonché della fibromialgia, hanno determinato un marcato peggioramento del suo stato timico. Pertanto ella rimane inabile al lavoro in maniera completa. " (Doc. AI 52-1+2) 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 ). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence

consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.10. Attentamente esaminata la documentazione medica presente nell'incarto e richiamata la giurisprudenza relativa al valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.9.), questo Tribunale non può confermare la decisione impugnata, per i motivi che seguono. 2.10.1. Dal profilo della patologia reumatologica, nel suo consulto peritale del 4 aprile 2007 il Dr. \_\_\_\_\_, posta la diagnosi di "fibromialgia; cervicotoraco-lombalgia nell'ambito della diagnosi principale e su delle alterazioni statiche con scoliosi a forma di S della colonna vertebrale, cifosi toracale che si prolunga alle prime vertebre lombari", ha considerato l'assicurata abile in misura completa sia nella sua precedente attività di segretaria che in quella di casalinga (doc. AI 28-23). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni del perito reumatologo, che non sono del resto state smentite da altri certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Questo Tribunale ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurata, dal profilo reumatologico, sia stato

dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal Dr. \_\_\_\_\_.

2.10.2. L'aspetto psichiatrico è stato invece valutato dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico psichiatra \_\_\_\_\_, che nel referto del 21 marzo 2007 posta la diagnosi di "sindrome depressiva ricorrente. Episodio attuale di lieve entità (ICD-10: F33.0); disturbo di personalità misto (ICD-10: F61.0); sindrome da attacchi di panico (ICD-10: F41.0)" ha precisato che la capacità lavorativa dell'assicurata appare al momento ancora parzialmente compromessa dai sintomi psichici che comunque sembrerebbero in via di remissione. In ragione di una remissione che la specialista valuta comunque incompleta l'influenza sulla capacità lavorativa viene valutata in misura del 30%. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha poi aggiunto che la situazione attuale (data della visita peritale 13 marzo 2007) appare molto migliorata dopo le fasi di importante deflessione timica con angoscia, ansia anticipatoria, anedonia ed astenia, consentendo una prognosi discreta (doc. AI 28-25). Questa conclusione è stata contestata dalla rappresentante dell'assicurata che ha ritenuto il referto peritale della Dr.ssa \_\_\_\_\_ privo di valore probatorio, secondo i criteri giurisprudenziali indicati al consid. 2.9..

In particolare, l'insorgente ha rimproverato alla Dr.ssa \_\_\_\_\_ di non aver effettuato un'anamnesi completa della paziente (limitandosi a riferire quanto aveva già indicato la Dr.ssa \_\_\_\_\_), di non aver indicato la documentazione avuta a disposizione e di non aver valutato la patologia fibromialgica, i tratti di fobia sociale e la sindrome orticaroidale dal profilo psichiatrico. Infine, la ricorrente ha criticato la perizia nella misura in cui non indica per quale motivo si è discostata dalla valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ (doc. I). La ricorrente ha fondato inoltre le proprie argomentazioni sulla base del certificato medico evolutivo dell'11 dicembre 2007 del Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, che ha diagnosticato "una sindrome depressiva ricorrente, che è evoluta nell'ultimo anno in una sindrome depressiva persistente, sindrome da disturbo di attacchi di panico, tratti di fobia sociale e un disturbo di personalità anancastico." Lo specialista ha poi aggiunto che la presenza di una sindrome orticaroidale ed emicranica, nonché della fibromialgia, hanno determinato un marcato peggioramento del suo stato timico. La paziente è ritenuta inabile in misura completa (doc. AI 52-2). L'UAI, con la risposta del 7 maggio 2008 (doc. IV +bis), ha prodotto le annotazioni del medico del SMR, Dr. \_\_\_\_\_, il quale, pur ritenendo completa e dettagliata la perizia del SAM, ha riconosciuto la necessità di una valutazione del quadro psichiatrico e della relativa inabilità lavorativa dell'assicurata nel periodo successivo alla perizia dell'amministrazione. Questo Tribunale ritiene che, a prescindere dal valore probante della perizia psichiatrica della Dr.ssa \_\_\_\_\_ della completezza o meno dell'anamnesi effettuata e della documentazione di cui si è servita la perita, alla luce del certificato del Dr. \_\_\_\_\_ dell'11 dicembre 2007 ed in particolare della discordanza esistente tra la valutazione della Dr.ssa \_\_\_\_\_ e quella del medico curante, in merito alle patologie che affliggono l'assicurata e all'influsso che queste hanno sulla sua capacità lavorativa residua, si impone un nuovo accertamento peritale della patologia psichiatrica. Dal punto di vista psichiatrico la Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha infatti rilevato che la capacità lavorativa della paziente "... appare al momento (era il 13 marzo 2007, N.d.R) ancora parzialmente compromessa dai sintomi psichici che comunque sembrerebbero in via di remissione". Ne discende che la valutazione dell'incapacità lavorativa al 30% effettuata dalla specialista si riferisce ad un quadro clinico non ancora realizzatosi al momento della visita peritale. Ella afferma infatti: "... in ragione di una remissione che si valuta non sarà completa si ritiene che un'influenza sulla capacità lavorativa permarrà in misura del 30%". (doc. AI 28-25). Questa indicazione non può costituire una base sufficiente per determinare con sufficiente tranquillità l'entità

dell'incapacità lavorativa della ricorrente e di conseguenza il grado d'invalidità. A maggior ragione se si considera che il Dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato un marcato peggioramento dello stato di salute dell'assicurata con una sindrome depressiva che è evoluta nell'ultimo anno in una sindrome depressiva persistente, in una sindrome da disturbo di attacchi di panico con tratti di fobia sociale e un disturbo di personalità anancastico, e posto una valutazione di piena incapacità lavorativa dell'assicurata (doc. AI 52-2). Ora questo certificato è antecedente alla decisione impugnata del 13 marzo 2008 che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (cfr. STF 9C\_167/2008 dell'11 marzo 2008; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1., pag. 220; DTF 121 V 362 consid. 1b pag. 366). Visto quanto sopra questa Corte ritiene che il quadro psichiatrico della ricorrente vada ulteriormente indagato tramite un accertamento peritale che stabilisca come si è evoluto il quadro valetudinario dell'assicurata e valuti se è giustificata una riduzione dell'incapacità lavorativa. In tale contesto va ancora rilevato che, come giustamente sottolineato dal Dr. \_\_\_\_\_ nelle annotazioni del 6 maggio 2008 (doc. IV bis), la fibromialgia non è una patologia psichiatrica, bensì innanzitutto reumatologica ed è dunque da questo profilo che va in primis indagata. Ora il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, dopo avere diagnosticato una fibromialgia, ha chiaramente concluso che "...dal punto di vista dell'apparato muscolo-scheletrico, la paziente non presenti incapacità professionale alcuna in nessun tipo di attività professionale svolta" (doc. AI 28-23).

2.10.3. Per quanto riguarda la patologia dermatologica va rilevato che nel referto del 25 settembre 2006 il Dr. Med. \_\_\_\_\_ del Servizio cantonale di dermatologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ ha diagnosticato alla paziente un'orticaria cronica o acuta-ricidivante che necessita di cura costante con antistaminici e verosimilmente causata dai farmaci utilizzati a scopo psichiatrico o antidolorifico (doc. AI 14-2). Nel certificato medico dell'11 dicembre 2007 il Dr. \_\_\_\_\_ ha aggiunto che la patologia orticarioide "ha creato una accentuazione dello stato ansioso, con aumento dell'insicurezza, dei dubbi e quindi uno scivolamento depressivo" (doc. AI 52-1). La perizia SAM ha considerato l'orticaria cronica quale patologia senza influenza sulla capacità lavorativa dell'assicurata senza tuttavia sottoporre la questione ad un medico specialista in dermatologia e senza analizzare tale problematica in un contesto pluridisciplinare, in particolare in relazione con la patologia psichiatrica. Ne discende che anche la patologia dermatologica di cui soffre la ricorrente impone un accertamento peritale inteso a delucidare le ripercussioni di tale patologia sulla capacità lavorativa di RI 1.

2.10.4. Questa Corte, per contro, non ritiene che vi sia una patologia di tipo neurologico che possa influenzare la capacità lavorativa della ricorrente. Nel referto del 9 gennaio 2006 il Dr. Med. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, ha chiaramente indicato che "dal punto di vista neurologico non ho messo in evidenza deficit evidenti, gli esami paraclinici confermano l'assenza di patologie evidenti a livello del rachide lombo-sacrale, non segni di miopatia, di sofferenza radicolare S1 ed apparentemente L5 a destra, anche una compressione dei nervi mediani al canale carpale, almeno a destra, non è per il momento confermata, probabilmente solo irritativa al momento". Lo specialista ha poi concluso affermando che la situazione sia da risolvere nell'ambito psichiatrico e reumatologico (doc AI 8-11). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste conclusioni del Dr. \_\_\_\_\_, che non sono del resto state smentite da altri certificati medico-specialistici attestanti delle patologie neurologiche maggiormente invalidanti.

2.11. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un

complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va dunque annullata e l'incarto retrocesso all'amministrazione, affinché metta in atto un ulteriore approfondimento a livello psichiatrico, presso il Centro di accertamento peritale, e dermatologico, inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa della ricorrente. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'assicurata. 2.12. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dalla RA 1 ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF del 5 settembre 2007 nella causa V., K 63/06 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2). 2.13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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