

TI_GERICHTE 32.2008.83 vom 6. März 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-03-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.83

FR: TI_GERICHTE 32.2008.83 du 6 mars 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.83 del 6 marzo 2008

Regeste

Tempestività di un ricorso contro una decisione non notificata al rappresentante ma direttamente all'assicurato. Esame della valutazione medica da parte dell'UAI. Rinvio all'amministrazione per ulteriori accertamenti

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell' articolo 49 cpv. 2 della Legge sull' organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00).

E. 1.2

pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)" In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 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). 5. Nel caso concreto l'interessato ha inoltrato una richiesta di prestazioni AI in data 17 gennaio 2006 a causa di una " sindrome lombovertebrale, sindrome ileosacrale sin dx cronica con raccorciamenti ed indebolimenti muscolari. " (doc. AI 1-1). Il

E. 2

Il RA 1, nel suo ricorso spedito il 29 aprile 2008, afferma che la decisione impugnata " datata 2 novembre 2007, è stata notificata tramite invio postale B direttamente all'interessato venerdì 14 marzo 2008. L'indicazione del 2 novembre 2007, quale data di emanazione della decisione, corrisponde esattamente alla data in cui è stato redatto il progetto di decisione. Si tratta quindi di un errore di battitura o per meglio dire di un copia incolla non ben riuscito e la data esatta è da riferirsi al 2 marzo 2008 visto che anche la busta d'intimazione (acclusa), data il 10 marzo 2008 quale partenza dall'amministrazione ." (doc. I). In sede di risposta l'UAI ha affermato che " la decisione 6 marzo 2008 (erroneamente datata 2 marzo 2008), non [ndr: è stata] spedita tramite raccomandata " (doc. VI). Per l'art. 60 cpv. 1 LPGA il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa. Il cpv. 2 prevede che gli articoli 38-41 sono applicabili per analogia. A norma dell'art. 38 cpv. 4 lett. a LPGA i termini stabiliti dalla legge o dall'autorità in giorni o in mesi non decorrono dal

settimo giorno precedente la Pasqua al settimo giorno successivo alla Pasqua incluso. In concreto, l'UAI ammette di aver trasmesso la decisione impugnata per posta semplice nel corso del mese di marzo 2008. Dalla copia della busta d'intimazione prodotta dall'insorgente emerge che la decisione è stata trasmessa lunedì 10 marzo 2008 per posta B (allegato al doc. A2). Considerati i tempi della posta B, la circostanza che il ricorrente ha ricevuto l'invio 4 giorni dopo, ossia venerdì 14 marzo 2008 è verosimile. Ritenuto che il 23 marzo 2008 era Pasqua, il ricorso, spedito il 29 aprile 2008 (cfr. busta d'intimazione agli atti) sarebbe tardivo, poiché notificato il trentunesimo giorno. Infatti il termine ha iniziato a decorrere sabato 15 marzo 2008 (ossia il giorno seguente la ricezione dell'invio), per poi essere sospeso da domenica 16 marzo (7 giorni prima di Pasqua) a domenica 30 marzo (7 giorni dopo Pasqua). Il 31 marzo 2008 il termine ha ricominciato a decorrere ed è venuto a scadenza il lunedì 28 aprile 2008. Del resto lo stesso rappresentante, nell'impugnativa, afferma che " il termine ultimo per la presentazione del ricorso scade oggi 28 aprile 2008 " (sottolineatura del redattore). Senonché, dal ricorso emerge che la decisione impugnata è stata intimata direttamente all'assicurato (cfr. doc. I pag. 2, nonché l'indirizzo figurante nella decisione impugnata, doc. A2). Questa circostanza non è stata smentita dall'UAI in sede di risposta. Ora, dagli atti emerge che l'insorgente è rappresentato dal RA 1 dal 12 novembre 2007 (doc. AI 35-1), il quale ha del resto prodotto delle osservazioni al progetto di decisione (doc. AI 38-1). Per l'art. 37 cpv. 1 LPGA la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente, o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta lo escluda. A norma dell'art. 37 cpv. 3 LPGA finché la parte non revochi la procura l'assicuratore comunica con il rappresentante. Il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), con sentenza del 13 febbraio 2001 nella causa E., C 168/00, ha stabilito che un assicurato che riceve personalmente un provvedimento all'inizio del termine di ricorso può legittimamente pensare che il suo patrocinatore ne abbia ricevuta una copia. Verso la fine dello stesso, però, se non viene contattato dal rappresentante, deve informarsi presso quest'ultimo. Da quel momento inizia a decorrere un nuovo termine di 30 giorni. Con sentenza C 196/00 del 10 maggio 2001 il TFA ha affermato: " Dans un arrêt récent du 13 février 2001 (C 168/00), le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant - dont l'existence est connue de l'autorité -mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date. b) A la lumière de la jurisprudence précitée, le délai de recours contre la décision de la caisse du 24 mai 1993 - dont il est constant qu'elle a été effectivement reçue par la recourante le 25 mai 1993 - a commencé à courir le 24 juin 1993 pour arriver à échéance le 23 juillet 1993. En adressant l'acte de recours à l'autorité de première instance le 13 juillet 1993, le mandataire de X. _____ SA a donc agi en temps utile. Par conséquent, c'est à tort que les premiers juges ne sont pas entrés en matière sur le fond du litige. Dans cette mesure, le recours de droit administratif se révèle bien fondé." (sottolineatura del redattore) Questo principio è stato ribadito in una sentenza C 379/00 del 28 maggio 2002, consid. 1, I 598/01 del 6 agosto 2002, consid. 2.2, I 673/02 del 15 gennaio 2003, U 156/04 del 17 marzo 2005 (cfr. anche STF 9C_411/2008 del 17 settembre 2008). Se, per contro, l'assicurato che ha ricevuto direttamente la decisione, resta inattivo, un nuovo termine non può essere accordato, benché l'amministrazione sia a conoscenza del rapporto di rappresentanza (cfr. RAMI 2006 U 577 pag. 168). Nel caso in

esame il termine di trenta giorni è iniziato a decorrere il 15 marzo 2008 ed è scaduto, senza tenere conto delle ferie giudiziarie, analogamente a quanto stabilito dall'Alta Corte nella sentenza del 13 febbraio 2001 nella causa E., C 168/00 appena citata, il 14 aprile 2008 (cfr. anche sentenza del 30 novembre 2006, inc. 38.2006.63). Entro questa data, dunque, ai sensi della giurisprudenza federale, l'insorgente, il quale ha ricevuto direttamente la decisione contestata, deve avere contattato il proprio patrocinatore. Un nuovo termine è conseguentemente iniziato il 14 aprile 2008 ed è scaduto successivamente alla notifica del ricorso spedito il 29 aprile 2008 (cfr. anche sentenza del 30 novembre 2006, inc. 38.2006.63). In simili condizioni, l'impugnativa dell'assicurato, interposta al TCA tramite il RA 1, è tempestiva. L'amministrazione, del resto, mai ha sostenuto il contrario. Questa Corte entra, pertanto, nel merito del ricorso. Nel merito

E. 2.6

e STF I 1093/2006 del 3 dicembre 2007). Come visto in precedenza per ritenere eccezionalmente inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa da parte di un assicurato che soffre di una sindrome del dolore somatoforme, la giurisprudenza esige l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. Il TCA sottolinea, inoltre, come la necessità di procedere, in caso di esistenza di una diagnosi di sindrome da dolore somatoforme, ad un accurato esame dei criteri appena ricordati è stata più volte evidenziata anche da questa Corte in numerose sentenze (cfr. al riguardo, solo per citarne alcune, STCA 32.2007.394 dell'11 dicembre 2008; 32.2007.367 del 6 novembre 2008; 32.2007.250 dell'8 ottobre 2008; 32.2007.277 del 6 agosto 2008; 32.2007.132 del 29 maggio 2008; 32.2007.162 dell'8 maggio 2008; 32.2007.167 del 20 marzo 2008; 32.2007.130 del 18 febbraio 2008; 32.2007.43 del 24 gennaio 2008). Da notare, che in una sentenza 8C_348/2008 del 7 gennaio 2009, il Tribunale federale ha annullato la valutazione espressa dai primi giudici circa il carattere invalidante dei disturbi derivanti dalla sindrome somatoforme da dolore persistente di cui era affetto un assicurato, ritenendo corretto rinviare gli atti all'amministrazione per nuovi accertamenti riguardo a tale argomento. L'Alta Corte ha infatti considerato che nella perizia pluridisciplinare effettuata per conto dell'amministrazione non fossero stati analizzati i criteri richiesti dalla giurisprudenza per ritenere eccezionalmente invalidanti i disturbi somatoformi dell'assicurato, osservando: "(...) 4.1 Das kantonale Gericht hat erwogen, die MEDAS-Experten hätten bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auf die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung (E. 3.1 hievor) abgestellt. Zu prüfen sei, ob die Gutachter diese Vorgaben falsch angewendet hätten. Diese Prüfung ergebe Folgendes: Der Versicherte leide an chronischen Begleiterkrankungen. Diese seien so ausgeprägt, dass sie die Ausübung einer körperlichen schweren Arbeit ausschliessen. Sie seien hingegen nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit einzuschränken. Das bedeute aber nicht, dass sie im Alltag keine Schmerzen und keine anderen Einschränkungen bewirkten. Auch die Überwindung der Folgen der Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit setze eine ständige Willensanstrengung voraus. Im MEDAS-Gutachten sei zudem dargelegt worden, eine Therapie der Somatisierungsstörung hätte sehr wenig Aussicht auf Erfolg und die Prognose sei

ungünstig. Es liege also auch ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer missglückten Konfliktbewältigung vor. Aufgrund dieser beiden zusätzlichen Faktoren - nebst der Diagnose einer Somatisierungsstörung - sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS-Experten als überzeugend, ja sogar als eher streng zu qualifizieren. Damit stehe gestützt auf das MEDAS-Gutachten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Versicherte in einer seinen körperlichen Beschwerden angepassten Erwerbstätigkeit nur noch zu 50 % arbeitsfähig sei. Hingegen stehe des Ausmass der Behinderung in der bisherigen Tätigkeit eines Bauführers nicht fest, weshalb die IV-Stelle hierzu ergänzende psychische Abklärungen zu treffen habe. Gegebenenfalls habe dies auch für die Tätigkeit eines Verkaufskoordinators zu erfolgen. Komme keine dieser Tätigkeiten mehr in Frage, sei entweder das zumutbare Invalideneinkommen anhand einer Hilfsarbeit festzulegen oder auf die ablehnende Verfügung betreffend berufliche Massnahmen zurückzukommen.

4.2 Im MEDAS-Gutachten vom 15. August 2006 wird aus psychiatrischer Sicht eine Somatisierungsstörung diagnostiziert, welche nach Auffassung der Experten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bewirkt. Das Gutachten setzt sich aber nicht mit der Frage der Überwindbarkeit einer somatoformen Störung und den hiebei rechtsprechungsgemäss (E. 3.1 hievor) zu beachtenden Zusatzfaktoren auseinander. Wie oben dargelegt betrachtet das kantonale Gericht dennoch gestützt auf das MEDAS-Gutachten zwei dieser Kriterien als in genügender Weise erfüllt und bejaht deswegen einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden im Sinne der Rechtsprechung. Die diesbezüglichen Erwägungen überzeugen nicht. Chronische körperliche Begleiterkrankungen müssen ein erhebliches Ausmass aufweisen, um als relevantes Zusatzkriterium Berücksichtigung zu finden. Dass dies hier zutrifft, erscheint mit Blick auf die gemäss MEDAS-Gutachten vom 15. August 2006 nur bescheidenen organischen Befunde und den Umstand, dass körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten aus somatischer Sicht vollumfänglich zumutbar sind, zumindest fraglich. Es ergeben sich sodann weder aus der MEDAS-Expertise noch anderweitig genügende Sachverhaltsmerkmale, um auf das Vorhandensein oder Fehlen eines innerseelischen Verlaufs im verlangten Sinne und Ausmass (E. 3.1 hievor) schliessen zu können. Soweit die Vorinstanz dieses Kriterium bejaht und ihm zusammen mit dem Faktor der körperlichen Begleiterkrankungen entscheidendes Gewicht beimisst, stützt sie sich auf diskutable Interpretationen der gutachterlichen Aussagen. Eine verlässliche Grundlage für die Bejahung (oder Verneinung) eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens kann darin nicht gesehen werden. Zutreffend ist sodann zwar, dass es weiterer psychiatrischer Abklärungen bedarf. Diese haben sich aber entgegen dem angefochtenen Entscheid nicht auf das Ausmass einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu beschränken. Vielmehr sollen sie die notwendigen Erkenntnisse für die zuverlässige Beantwortung der Frage erbringen, ob die festgestellte Somatisierungsstörung überhaupt Folgen für die Arbeitsfähigkeit hat, welche mit zumutbarer Willensanstrengung nicht überwindbar sind. Dabei wird den bisher ausgeübten Berufen, aber auch Verweistätigkeiten Rechnung zu tragen sein. Entgegen dem angefochtenen Entscheid ist indessen nicht erforderlich, dass die Berufsberatung der IV-Stelle vorab entsprechende Berufsprofile erstellt. Von einem psychiatrischen Experten kann erwartet werden, dass er sich auch ohne solche Profile zuverlässig zur Frage der psychischen Belastbarkeit in verschiedenen Berufen äussern kann. Die Beschwerde ist somit in dem Sinne gutzuheissen, dass die vorinstanzliche Feststellung eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens aufgehoben wird. Ansonsten bleibt es bei der Rückweisung zur ergänzenden Abklärung -

mit den genannten Präzisierungen - und zur neuen Verfügung an die IV-Stelle. Bestand hat daher auch der Kostenentscheid.” Nel caso di specie, vista la discordanza esistente tra la valutazione della dr.ssa _____ e la valutazione, motivata ed approfondita, dello psichiatra, dr. _____, in merito alle patologie che affliggono l'assicurato, secondo questo Tribunale non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che, dal punto di vista psichiatrico, l'insorgente sia incapace al lavoro soltanto nella misura del 20% in tutte le professioni da lui ragionevolmente esigibili. Si impongono dunque nuovi accertamenti psichiatrici. In conclusione gli atti vanno quindi rinviati all'UAI affinché faccia allestire al più presto una perizia specialistica pluridisciplinare al fine di chiarire sia l'aspetto reumatologico che l'aspetto psichiatrico per stabilire i punti evidenziati in precedenza e non ancora chiariti. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560), il quale ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche. Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale ha ricordato - facendo riferimento a una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incanto retrocesso all'Ufficio AI, affinché faccia allestire al più presto una perizia reumatologica e psichiatrica da parte del SAM, al fine di chiarire sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa del ricorrente. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alla rendita e ad eventuali provvedimenti professionali dell'assicurato. In queste condizioni per quel che riguarda la valutazione economica, e meglio il salario da valido applicabile al caso concreto, ritenuto che la situazione medica deve essere ancora acclarata, al momento attuale non è possibile esprimersi compiutamente. 8. Vincente in causa, il ricorrente, patrocinato da un sindacato, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA). 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 complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

E. 3

febbraio 2006 il dr. med. _____, FMH medicina generale, curante dell'insorgente, ha diagnosticato la presenza di una " sindrome sacro-iliaca renitente, sinistra più che destra, sensibilmente migliorata dopo l'abbandono dei lavori pesanti ", " periartropatia dell'anca dx recidivante dal 1997, che migliora con infiltrazioni locali di corticosteroidi ", " osteofitosi marginale sul versante laterale di L1/L2, destra più che a sinistra ", " alterazioni degenerative interprofisarie e tendenza a canale lombare stretto al tratto lombare distale e al passaggio lombo-sacrale " (doc. AI 8-1), per un'incapacità lavorativa, quale cameriere, del 60% dal 22 novembre 2004. Il curante ha trasmesso all'UAI diversi certificati medici del dr. med. _____, FMH fisiatria, specialista in reumatologia relativi agli anni '90 (doc. AI 13-3 e seguenti), nonché di altri specialisti. Il 20 marzo 2006 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, in un referto trasmesso all'UAI ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente e disturbo somatoforme esistenti da circa 10/15 anni. Egli ha poi evidenziato come l'interessato sia " seguito con una psicofarmacoterapia ed una psicoterapia " (doc. AI 10-3). Nel rapporto medico del 24 gennaio 2007, il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " Domanda di rendita del 23 gennaio 2006. L'assicurato dichiara di soffrire di disturbi depressivi da diversi anni. Formazione: Scuole dell'obbligo, avviamento professionale. Attività abituale: operaio di fabbrica, autista, venditore, ultimamente dall'ottobre 2004 cameriere/aiuto cuoco. L'ultimo rapporto di lavoro è stato interrotto su consiglio del medico (certificato del 7 dicembre 2004). Disoccupato dal febbraio 2005, in cerca di un'occupazione al 100%. Lo psichiatra curante (dal novembre 2005) Dr. _____ valuta la capacità lavorativa residuale con 50-60%, inizialmente per un'attività di ½ giornata. Il medico curante (dal 1987) Dr. _____ attesta inabilità lavorativa nella misura del 60% dal novembre 2004 senza indicazioni anamnestiche in relazione con questa valutazione. Il Dr. _____, medico curante dal gennaio 2004, ritiene esigibile una capacità lavorativa del 50% (4-5 ore giornaliere) per lavori leggeri. Per determinare la capacità lavorativa residuale ed i limiti funzionali occorre una valutazione combinata reumatologica e psichiatrica presso l'SMR." (doc. AI 23-2) Il

E. 7

maggio 2007 l'insorgente è stato visitato dai medici SMR, Dr.ssa _____, specialista in psichiatria e dr. med. _____, specialista medicina interna reumatologo (doc. AI 26-1). Dal rapporto medico dell'8 maggio 2007, emerge che i due specialisti hanno posto la diagnosi principale di periartrite scapolo-omerale bilaterale, periartropatia anca destra, osteofitosi del rachide lombo-sacrale su base degenerativa, iniziale canale lombare ristretto, disfunzione sacro-iliaca bilaterale e distimia (ICD 10 F 34.1), oltre alla diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di broncopneumopatia cronica ostruttiva, abuso di nicotina, sordità orecchio destro, stato dopo intervento duplice di revisione scapolo-omerale destra. Sono inoltre stati posti i seguenti limiti funzionali: non può mantenere le braccia sollevate al di sopra del piano orizzontale, deve evitare movimento ripetuto di torsione e flessione del tronco, può sollevare fino a 7 kg, saltuariamente può sollevare da 7 a 15 kg,

non può sollevare pesi maggiori ai 15 kg, può mantenere la posizione statica seduta o in piedi per massimo 15 minuti, deve evitare situazioni di precario equilibrio, ridotta capacità di organizzazione, sentimenti di inadeguatezza e di scarsa fiducia in sé, difficoltà nel prendere decisioni (doc. AI 26-1). Nell'attività abituale di autista addetto ai traslochi è stata diagnosticata un'inabilità psichiatrica del 20% a partire da novembre 2005 (doc. AI 26-1). I medici SMR hanno evidenziato l'utilità di un aiuto al collocamento per quanto riguarda la patologia psichiatrica. Dopo aver descritto l'anamnesi familiare/personale, fisiologica, sistemica e socio lavorativa, nonché lo sviluppo della malattia e i risultati della terapia, la vita quotidiana, i disturbi lamentati dall'assicurato e lo status del ricorrente, i medici SMR hanno concluso: " (...) Assicurato di 53 anni, sofferente da più di 20 anni di lombalgia ricorrente. Riferisce un trauma della strada all'età di 17 anni con lussazione della spalla destra. Da quell'epoca ricorrente dolore alla stessa spalla. All'età di 20 anni caduta con trauma sacrale e conseguente dolore in regione sacrale ricorrente ancora oggi. L'assicurato ha subito un intervento nel 1974 e nel 1987 di revisione chirurgica della spalla destra per periartropatia. Nel 1997 l'assicurato ha subito un intervento chirurgico in regione dell'anca destra per asportazione di localizzazione calcarea. La lombalgia, la sacralgia e il dolore al cingolo scapolare risultano ingravescenti nel tempo. Da circa un anno l'assicurato si è impegnato presso _____ di _____. Svolge attività di autista e come addetto a traslochi. Attività che viene riferita come molto limitata per la importante incapacità funzionale nel sollevare pesi. Inoltre l'assicurato necessita di 2-3 giorni di riposo dopo una giornata di attività lavorativa. All'odierna valutazione funzionale l'assicurato è limitato nei movimenti di torsione, flessione ed estensione del tronco. Tutti i movimenti di cambio posturale sono accompagnati dalla comparsa di dolore. Inoltre l'assicurato non riesce a portare le braccia al di sopra del piano orizzontale. Dal punto di vista psichiatrico dal 2003 presenta un peggioramento della sintomatologia depressiva esordita verso i 25 anni. L'A in passato nonostante il quadro psicopatologico presente era riuscito a mantenere un'attività lavorativa anche se non si sentisse pienamente soddisfatto da questa e aveva mostrato una buona capacità di adattamento riuscendo a svolgere lavori molto diversi tra loro. Nel 2003 l'A cessa l'attività di edicolante e si assiste ad un progressivo peggioramento del quadro psicopatologico che lo porta a richiedere lui stesso una presa a carico psichiatrica dal Dr _____ che aveva conosciuto anni prima. L'A inizia infatti a sentirsi più depresso, sfiduciato nelle proprie capacità, ha difficoltà ad organizzarsi anche nella ricerca di un lavoro tanto che è il suo psichiatra ad indirizzarlo verso l' _____ dove trova lavori che non sono pienamente confacenti al suo stato di salute somatico. L'A mostra di mantenere buoni rapporti con gli amici con cui condivide la passione per il calcio mentre i rapporti con la moglie si mantengono da anni difficili. Negli ultimi mesi ha mostrato una maggiore apertura verso la famiglia di origine grazie al lavoro terapeutico tanto da aver deciso di riallacciare i rapporti con i familiari. L'anamnesi, il decorso clinico e il quadro clinico attuale orientano verso la diagnosi di un disturbo distimico cioè di un quadro depressivo lieve piuttosto che verso la diagnosi di una sindrome depressiva ricorrente. L'A nonostante si mostri motivato nella ricerca di un lavoro è apparso poco capace di proporsi in modo appropriato a causa della sua difficoltà a prendere decisioni, e ai sentimenti di bassa stima di sé e di sfiducia. Durante la visita presso il SMR ha lamentato una sintomatologia algica che appare compatibile secondo la valutazione del Dr. _____ con il quadro somatico e pertanto non è possibile giustificare la diagnosi di disturbo somatoforme. I limiti funzionali a livello psichiatrico evidenziati sono rappresentati da una ridotta capacità di organizzazione, a sentimenti di inadeguatezza e di scarsa fiducia in sé, alla difficoltà nel

prendere decisioni che comportano una IL pari al 20%. E' utile un aiuto al collocamento per quanto riguarda la patologia psichiatrica. A livello reumatologico invece nell'occupazione lucrativa attuale l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 50% su intera giornata mentre la capacità lavorativa è del 100% in attività che rispettano le limitazioni sopra elencate. Non sono previsti procedimenti medici o chirurgici che possano portare ad un significativo miglioramento clinico e funzionale." (doc. AI 26/5-6) Sulla base del sopra citato rapporto medico la consulente in integrazione ha evidenziato: " A mio modo di vedere, tenuto conto delle limitazioni funzionali dovute al danno alla salute e del percorso socio professionale, l'A. potrebbe essere reintegrato sul mercato libero del lavoro in attività semplici e leggere e poco qualificate ad esempio nel settore industriale (attività non legate ad una catena di montaggio a causa della necessità di inserire delle pause). Le aziende che trasformano le materie prime (tabacco, tessili, calzature, cuoio, preparati chimici, plastica, elettricità) sono organizzate in modo di produrre postazioni dove la postura è prevalentemente seduta. In queste aziende i compiti sono di produzione (taglio, lucidatura, fresatura, riempimento,...) di confezione, d'imballaggio, d'assemblaggio, di controllo (verifica qualità), di stoccaggio e di spedizione. Per quanto riguarda l'alternanza della postura, i medesimi DL, conoscendo il problema, organizzano il ciclo produttivo in modo tale d'acconsentire ai loro dipendenti d'alzarsi per brevi periodi ad es. per consegnare i prodotti finiti ad altre postazioni di trasformazione o prelevare materiale da altre postazioni. Rammento che in queste attività. Dopo circa un'ora e mezza di lavoro, sono previste pause contrattuali di 10-15 minuti. Il signor RI 1 potrebbe inoltre essere inserito in un'attività leggera nell'ambito dei trasporti (autista-fattorino) oppure della vendita (addetto all'incasso, venditore all'interno di piccoli centri di vendita, rappresentante nella promozione di prodotti in generale o un'attività legata alla vendita-consulenza). (...)

Considerati tutti gli elementi che l'esame del caso ha messo in luce, non ritengo che la residua capacità di guadagno possa essere apprezzabilmente migliorata mediante provvedimenti reintegrativi di ordine professionale. A questo assicurato, secondo il mio parere, non è proponibile una riqualifica professionale che comporta l'apprendimento di nozioni teoriche perché è inibito oltre che dal danno alla salute anche da fattori quali l'età, l'esperienza professionale specifica, la scolarità. Per quanto riguarda la possibilità di attivare il nostro servizio di collocamento, in considerazione del fatto che non è chiara la motivazione dell'assicurato nel reperire un impiego idoneo, si resta a disposizione unicamente su esplicita richiesta da parte dell'assicurato." (doc. AI 28/2-4) In sede di osservazioni al progetto di decisione il ricorrente ha prodotto alcuni atti medici. In particolare, il Dott. med. _____, FMH medicina generale, ha affermato: " (...)

Rileggendo il rapporto dell'SMR trovo abbastanza ben descritta la sua vicenda personale a livello psichico, una personalità eternamente insoddisfatta con una contrarietà di fondo, ed altrettanto ben indagate le varie affezioni articolari che si sono susseguite. In particolare dolori lombo-sacrali, per i quali l'avevo mandato nel 1991 addirittura a _____. Sono stati comunque episodi dai quali bene o male è sempre riuscito a riemergere. Personalmente ritengo che la patologia reumatologica e psichiatrica sono sempre state indissolubilmente legate. Ritengo invece non chiara l'affermazione che "l'incapacità lavorativa del 50% sull'intera giornata corrisponde ad una capacità lavorativa del 100% in attività che rispettino le limitazioni." (doc. AI 39-1) Da parte sua il dr. med. _____, specialista FMH psichiatria e psicoterapia, con rapporto del 5 dicembre 2007, ha affermato: " (...)

Il signor RI 1 ha iniziato ad avere delle crisi depressive già all'età dei 25 anni. Egli quindi è andato incontro ad uno sviluppo di una sindrome depressiva ricorrente che è virata

nell'ultimo anno e mezzo in una sindrome depressiva persistente. La sindrome depressiva persistente è caratterizzata dalla presenza di un umore deflesso persistente, che riduce le capacità reattive del soggetto. In effetti egli ha progressivamente ridotto anche le proprie capacità emotive, non riuscendo più a trovare piacere nelle attività della vita quotidiana. Egli sente di doversi sforzare in ogni obiettivo che si pone. Quando è al proprio domicilio passa pressoché tutto il suo tempo sul divano o davanti al televisore. I lavori di giardinaggio o dell'orto diventano pesanti e difficili da svolgere. L'attività lavorativa che svolge presso l'_____ di _____, è fonte di affaticamento continuo e solamente la possibilità di poter recuperare dopo una giornata di lavoro, con due o tre giorni al proprio domicilio, gli permettono di poter continuare ad esercitare tale attività lavorativa. Ricordo anche che questo tipo di attività lavorativa è a bassissima soglia di stress, poiché i datori di lavoro, sono attivi nell'ambito di una cooperativa sociale, pertanto "protetta". Egli trascorre quindi le giornate ove non lavora in lunghi momenti di inattività, di riduzione dello slancio vitale, di apatia e di anedonia. Inoltre presenta un umore spesso irritabile ed irascibile che porta a numerosi e continue conflittualità a livello familiare. Quando è al domicilio anche la sua igiene personale è ridotta. Egli si abbandona non curandosi della propria persona. La relazione con i propri familiari diventa pertanto sempre più delicata e difficile, poiché spesso vi sono dei contrasti rispetto alle sue condotte abbandoniche depressive. Pertanto la diagnosi di distimia non coincide con lo stato clinico del signor RI 1. Per quanto concerne i suoi disturbi dolorosi egli presenta sì una connessione forte fra dolore e sede neuroanatomica, ma è andato incontro nel corso degli ultimi due anni ad una amplificazione della percezione del dolore. In effetti essendo una persona che soffre di una alessitimia, ovvero di una incapacità a riconoscere ed esprimere le proprie emozioni interiori, il dolore è divenuto la modalità di comunicazione dei suoi conflitti inconsci, delle sue ansie, delle sue angosce inesprese e del suo stato depressivo. Pertanto la diagnosi di disturbo somatoforme da dolore persistente è una diagnosi adeguata per lo stato psicopatologico del signor RI 1. Considerato quindi lo stato psicopatologico complesso di cui soffre il signor RI 1 egli è inabile al lavoro in qualsiasi attività lavorativa almeno per il 50/60%. Considerato quanto detto, ovvero che il disturbo psichiatrico è comprensivo della problematica reumatologica, sotto forma di disturbo somatoforme, e dello stato depressivo persistente le due limitazioni sono sovrapponibili. Indubbiamente rimane a se stante la limitazione puramente reumatologica." (doc. AI 40). Il dr. med. _____, medico SMR, presa visione della citata documentazione medica ha affermato che " sul piano reumatologico, la documentazione non contribuisce nuove informazioni se non la proposta di sottoporsi ad un intervento alla spalla che l'assicurato avrebbe voluto realizzare nel maggio 2007 " (doc. AI 43-1). Da parte sua la dr.ssa _____, anch'essa medico SMR ha rilevato che " la valutazione psichiatrica del 7 maggio 2007 effettuata sulla base della documentazione agli atti, dei dati anamnestici, di un accurato esame psichico ha permesso di evidenziare la presenza di criteri sintomatologici per una distimia. La distimia è una depressione cronica dell'umore della durata di almeno alcuni anni che rientra secondo la classificazione dell'ICD nel capitolo delle sindromi affettive persistenti. Tale diagnosi quindi non si discosta da quella di sindrome depressiva persistente posta dal Dr. _____. Non sono emerse inoltre disabilità netta ed evidente, compromissione del funzionamento delle attività sociali abituali, relazioni interpersonali fortemente limitate, con perdita quindi di integrazione sociale nei vari ambiti della vita ." (doc. AI 44-1). In sede di ricorso l'insorgente ha prodotto documentazione medica già trasmessa in precedenza. A questo proposito il dr. med. _____, FMH medicina generale, dopo aver in particolare preso

nota del rapporto del 14 aprile 2007 del dr. _____ dove viene ipotizzato un intervento alla spalla sinistra e dopo aver preso contatto con lo specialista ha evidenziato come “ la documentazione medica presentata in sede di ricorso non evidenzia una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione SMR di giugno 2007. In particolare l’assicurato non si è sottoposto finora ad un intervento chirurgico come proposto dal dr. _____, intervento che potenzialmente potrebbe migliorare la funzionalità a livello del braccio sinistro .” (doc. VI). Da parte sua l’insorgente ha prodotto un approfondito referto medico della dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, la quale ha posto la diagnosi di periartrite scapolo-omerale bilaterale, conflitto sub-acromiale sinistro, periartropatia anca destra, spondilo-discoartrosi cervicale, miogelosi, spondilo-si del tratto lombare con discopatie multiple da L2 a S1, ernia intraforaminale L5-S1 a sinistra con contatto sulla radice L5 omolaterale e conseguente sciatalgia, distimia (doc. X). La dottoressa ha poi evidenziato: " (...) All’esame obiettivo il paziente presenta una limitazione significativa del range articolare del rachide cervicale con rotazione max 25/30° seguita da insorgenza d’importante e acuto dolore (soprattutto verso dx). La digitopressione sulle apofisi spinose cervicali genera dolore e contrattura muscolare paravertebrale cervico-dorsale. E’ stata eseguita una RMN cervicale - 18.6.2008 - che referta: rachide rigido spondiloso. Discopatie pressoché a tutti i livelli esaminati, con bulging discale circonferenziale in corrispondenza dello spazio C6-C7 senza contatti radicolari, bilateralmente. Tale quadro radiologico obiettiva iconograficamente la sintomatologia accusata dal paziente, che clinicamente si manifesta come una contrattura algica muscolare che tende a fermare in una miogelosi ogni possibile movimento residuo del rachide cervicale in quanto generatore di algie. Spalla destra già sottoposta ad interventi chirurgici multipli in passato ad oggi si riassume in un quadro di deficit articolare su tutti i piani. Spalla sinistra presenta un dolore significativo all’abduzione oltre gli 80° con limitazione sia all’intra che all’extra rotazione. E’ stato eseguito RMN spalla sinistra 18.06.2008 che referta: Importante tendinosità ed alterazione del segnale della regione inserzionale e preinserzionale del sovra spinoso. Ipertrafia della articolazione acromion-articolare. L’unione del quadro sintomatologico/radiologico del rachide cervicale e dell’articolazione spalla destra e sinistra si manifesta clinicamente in una impossibilità di ruotare e flettere lateralmente il capo e l’impossibilità ad elevare gli arti superiori oltre circa 70° e sicuramente senza l’aggravio di pesi. Frequentemente questo quadro sintomatologico lo si trova descritto come miogelosi su spondilo-disco-artrosi complicato da conflitto acromion-omerale e periartropatia scapolo-omerale bilaterale. A livello del rachide lombare vi è un’algia marcata alla digitopressione sulle apofisi spinose lombari, con maggior estrinsecazione alla digitopressione lungo i metameri radicolari L4 e L5 e estrinsecazione di relativa radicolalgia. Muscolarmente vi sono i muscoli ischio crurali bilaterali riaccurciati in modo importante contrattura del multifido e associato vi è una positività al segno di Lasègue 40°dx. (che è testimone dell’ernia L5-S1 visibile alla RMN) Inoltre concomita una tendinite al muscolo estensore della fascia lata a sx e una tendinite del muscolo mediogluteo sx. E’ stato eseguito RMN lombare 18.06.2008 che referta: Spondilosi del tratto lombare con multiple discopatie da L2 a S1, A carico dello spazio L4-L5 si segnala bulging discale circonferenziale senza contatto radicolare bilaterale. Nello spazio sottostante L5-S1, bulging discale circonferenziale, con contatto e dislocazione della radice di L5 sinistra. Conclusione: Ernia intraforaminale L5-S1 a sinistra con contatto sulla radice L5 omolaterale. Da un Rx rachide lombare del 2005 già si evidenziava una perdita della fisiologica lordosi lombare e un sacro orizzontalizzato. L’unione del quadro

sintomatologico/radiologico del rachide lombare si manifesta clinicamente con una impossibilità ad effettuare percorsi a piedi, sollevare pesi di qualsiasi grado o svolgere lavori che comportino stazioni a lungo assise o erette. Tale quadro sintomatologico/funzionale, non è sicuramente di recente insorgenza come testimoniato dall'immaging, con evidenti discopatie multiple degenerative e artrosi interfaccettarie multiple, sia a livello del rachide cervicale che a livello del rachide lombare, degenerazioni articolari scapolo-omerali. Questi quadri radiologici si instaurano con gli anni, e da come riportato dall'anamnesi del signor RI 1 le polialgie sono lamentate da anni. Non sono competente per esprimermi in merito alla depressione che accompagna il paziente, ma sicuramente mi sento di affermare che non è confortante essere accompagnati per anni da algie polidistrettuali che limitano funzionalmente le capacità motorie e relazionali, ed è comprensibile che incidano negativamente sul carattere del paziente. Ritengo che la capacità residua lavorativa - osteomuscolare/funzionale - del paziente la si possa ritenere al massimo pari al 20%, considerando la capacità lavorativa solo per tipologie di lavori che permettano un frequente cambio di posizione da seduta ad assisa, senza sollevare alcun peso così da permettere al signor RI 1 di mantenere relazioni sociali, e non peggiorare lo stato depressivo." (doc. X) Sulla base del precedente rapporto medico, il dr. med. _____ ha affermato che " nel rapporto viene fatto riferimento a esami RM effettuati in data 18.6.2008 a livello della colonna cervicale, della colonna lombare e della spalla sinistra. Rispetto alla valutazione SMR impone una spiccata sintomatologia cervicale, situazione cervicale descritta quale regolare in occasione della visita SMR del 7.5.2007. Sempre rilevante, come già riconosciuto in occasione della visita SMR, la sintomatologia a livello della spalla sinistra con sostanziale limitazione nei movimenti sopra l'orizzontale. Pure limitante la situazione a livello del rachide lombare, problematica pure già presente in occasione della valutazione SMR. Presente sulla attuale radiografie un probabile conflitto radicolare L5, conflitto a quanto pare non accompagnato da una sintomatologia neurologica a parte un Lasègue a 40° quale segno aspecifico ." e che " dall'attuale documentazione risulta un peggioramento dello stato clinico con potenziale influsso sulla capacità lavorativa residua, in particolare è presente una problematica cervicale finora non descritta. Il peggioramento risulta documentato a livello clinico e radiologico posteriormente la decisione impugnata ." (doc. XII) Successivamente il medico SMR ha aggiunto che " la presenza di alterazioni degenerative a livello del rachide in una persona oltre i 50 anni d'età è una situazione fisiologica e senza valore predittivo circa la presenza di limitazioni funzionali di rilievo " e che " in occasione della visita SMR del 7.5.2007 il rachide cervicale si presentava senza limitazione in flessione, estensione e flessione laterale con unicamente dolori alle fine del movimento. Veniva riferita cervicalgia ricorrente (quindi non continua) ." (doc. XVI). 6. 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; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., 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 (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., 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 Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). 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 (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). 7. Attentamente esaminata la documentazione medica presente all'inserto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 6.), questo Tribunale non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto le patologie dell'interessato e l'influsso che le stesse hanno sulla sua capacità lavorativa residua non sono state sufficientemente chiarite. L'assicurato è stato sottoposto ad una visita del Servizio Medico Regionale in data 7 maggio 2007 ad opera di una specialista in psichiatria, la dr.ssa _____ e di uno specialista in medicina interna, reumatologo, il dr. med. _____. Dal referto emerge la presenza di un' " IL pari al 20% " dal lato psichiatrico e di una capacità lavorativa del 50% dal punto di vista reumatologico nell'attuale attività e del 100% in attività che rispettano le limitazioni indicate in precedenza (doc. AI 26-6). In corso di causa l'insorgente ha contestato le conclusioni dei medici SMR, producendo in particolare due referti redatti da specialisti, e meglio il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, suo curante, e la dr.ssa med. _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, che giungono a conclusioni in parte discordanti rispetto a quelle dei medici dell'UAI. Per quanto concerne innanzitutto l'aspetto reumatologico il referto della dr.ssa _____ è completo, approfondito e adempie i crismi per poter ritenere la piena forza probante di un referto medico (cfr. consid. 6). La specialista ha infatti descritto le malattie di cui è affetto l'insorgente, si è fondata su tre esami approfonditi ed il suo referto è chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche e nell'apprezzamento della situazione medica. La dr.ssa _____, dopo aver proceduto ad una RMN cervicale, una RMN alla spalla sinistra ed una RMN lombare in data 18 e 19 giugno 2008, ha posto la diagnosi di periartrite scapolo-omerale bilaterale, periartropatia anca destra e distimia, già evidenziate dai medici SMR, nonché di conflitto sub-acromiale sinistro, spondilo-discoartrosi cervicale, miogelosi, spondilosi del tratto lombare con discopatie multiple da L2 a S1, ernia intraforaminale L5-S1 a sinistra con contatto sulla radice L5 omolaterale e conseguente sciatalgia. La dr.ssa ha evidenziato come l'insorgente " presenta una limitazione significativa del range articolare del rachide cervicale con rotazione max 25/30° seguita da insorgenza d'importante e acuto dolore (soprattutto verso dx). " e rileva che " la digitopressione sulle apofisi spinose cervicali genera dolore e contrattura muscolare paravertebrale cervico-dorsale. " La specialista, sulla base degli esami medici effettuati, ha ritenuto che "

la capacità residua lavorativa – osteo-muscolare/funzionale – del paziente la si possa ritenere al massimo pari al 20%.” Il medico SMR, dr. med. _____, FMH in medicina generale, ha affermato che la specialista ha rilevato la presenza di una spiccata sintomatologia cervicale, che era invece stata descritta come normale in occasione della visita SMR del 7 maggio 2007. Va però evidenziato come se da una parte i medici SMR hanno effettivamente indicato nel rapporto medico: “ rachide cervicale senza limitazione in flessione, estensione e flessione laterale ” (cfr. doc. AI 26-4), dall’altra hanno subito aggiunto: “ Movimenti eseguiti con dolore fino alla fine del movimento ”. Tuttavia non risulta che essi abbiano proceduto ad ulteriori approfondimenti su questo punto (doc. AI 26-5: “ Per quanto riguarda la documentazione clinica e radiologica si fa riferimento a quanto allegato al dossier. L’assicurato allega RMN della spalla sinistra eseguita il 05.03.2007 non allega referto ”). Il dr. med _____, pur rilevando un “ peggioramento dello stato clinico con potenziale influsso sulla capacità lavorativa residua, in particolare è presente una problematica cervicale finora non descritta ” afferma tuttavia che il peggioramento risulta “ documentato a livello clinico e radiologico posteriormente la decisione impugnata ”. Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata, in concreto il 6 marzo 2008 (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Nel caso di specie il referto datato 4 giugno 2008 della dr.ssa _____ (doc. X), è successivo alla decisione impugnata: esso va tuttavia preso in considerazione. Infatti da una parte, come rileva il ricorrente, la circostanza che la documentazione clinica sia del 18 giugno 2008, non significa ancora che il peggioramento non possa essere avvenuto in precedenza, tra la visita del SMR avvenuta il 7 maggio 2007 e l’emanazione della decisione del 6 marzo 2008. Dall’attuale documentazione medica non è infatti possibile stabilire con la necessaria tranquillità quando è avvenuto esattamente il peggioramento dello stato di salute del ricorrente. D’altra parte, già il 5 ottobre 2006, il dr. med. _____, FMH medicina generale, aveva rilevato la presenza di turbe degenerative alla colonna cervicale su discopatia C6-C7 protrusione discale (doc. AI 12-1) e tuttavia non sembra che i medici SMR abbiano approfondito la questione il 7 maggio 2007, procedendo con i necessari esami medici. I medici SMR, a differenza della dr.ssa _____, non sembrano aver proceduto a nessuna RMN che permettesse di approfondire l’aspetto reumatologico (cfr. doc. AI 26-5: “ Per quanto riguarda la documentazione clinica e radiologica si fa riferimento a quanto allegato al dossier. L’assicurato allega RMN della spalla sinistra eseguita il 05.03.2007 non allega referto .”), malgrado l’interessato, già in quell’occasione, avesse riferito di una “ cervicalgia ricorrente e saltuario disturbo dell’equilibrio .” (doc. AI 26-4). Per cui, il referto prodotto in sede ricorsuale è rilevante ai fini del presente giudizio ed è suscettibile di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione precedente la decisione del 6 marzo 2008 (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Certo, in un secondo tempo lo stesso dr. med. _____, in apparente contraddizione con quanto affermato in precedenza quando rilevava la presenza di un potenziale influsso del peggioramento dello stato di salute sulla capacità lavorativa, è sembrato ritornare sui suoi passi, affermando che “ la presenza di alterazioni degenerative a livello del rachide in una persona oltre i 50 anni d’età è una situazione fisiologica e senza valore predittivo circa la presenza di limitazioni funzionali di rilievo ”. (doc. XVI). Ritenuto tuttavia che in precedenza il medesimo medico SMR aveva rilevato un “ peggioramento dello stato clinico con potenziale influsso sulla capacità lavorativa residua” e che il dr. med. _____ non

è uno specialista, bensì un generalista, l'apprezzamento della rilevanza o meno dei certificati specialistici della dr.ssa _____, FMH medicina fisica e riabilitazione, e delle RMN eseguite il 18 e 19 giugno 2008 non erano di sua competenza (cfr. sul tema della specializzazione dei medici del SMR: STF I 142/07 del 20 novembre 2007 e STF I 65/07 del 31 agosto 2007). Per cui, tutto ben considerato, questo Tribunale non può escludere con tranquillante certezza né che già prima dell'emanazione della decisione impugnata la problematica cervicale avesse un influsso sulla capacità lavorativa, né il momento esatto in cui è avvenuto il peggioramento dello stato di salute, che deve essere ulteriormente indagato in maniera più approfondita in ambito peritale. Un approfondimento peritale si giustifica maggiormente alla luce della valutazione psichiatrica del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia. Lo specialista, con un motivato e convincente rapporto medico del 5 dicembre 2007, ha evidenziato come l'insorgente è "andato incontro ad uno sviluppo di una sindrome depressiva ricorrente che è virata nell'ultimo anno e mezzo in una sindrome depressiva persistente". Il medico ha evidenziato che il tipo di attività da ultimo svolta dall'assicurato presso l'_____ di _____, fonte di affaticamento continuo malgrado la possibilità di recuperare dopo una giornata di lavoro con due o tre giorni di riposo al proprio domicilio, "è a bassissima soglia di stress, poiché i datori di lavoro, sono attivi nell'ambito di una cooperativa sociale, pertanto "protetta". Egli rileva pertanto che la diagnosi di distimia, posta dai medici SMR, non coincide con lo stato clinico del ricorrente e che, oltretutto, il ricorrente negli ultimi due anni è andato incontro ad una "amplificazione della percezione del dolore", ciò che presuppone la diagnosi di "disturbo somatoforme da dolore persistente". Lo specialista ritiene pertanto l'interessato inabile al lavoro in qualsiasi attività almeno per il 50/60% (doc. AI 40). Questo Tribunale concorda con le critiche espresse dal patrocinatore del ricorrente, evidenziate anche dal dr. med. _____, secondo cui i medici SMR avrebbero dovuto maggiormente tener conto del fatto che l'insorgente attualmente sta svolgendo un'attività in un posto protetto, dove evita il porto di pesi, si gestisce autonomamente, non deve seguire un ritmo stressante ed ha la possibilità di riposare nei giorni successivi al lavoro. Per cui si potrebbe ritenere che in un altro ambiente lavorativo, anche in un'attività leggera, vi possa essere un'importante riduzione del rendimento. La Dr.ssa _____, dopo aver visionato il referto del curante, si è limitata a confermare la sua diagnosi di distimia, rilevando che non si discosta da quella di sindrome depressiva persistente (doc. AI 44-1), diagnosticata dal dr. med. _____. Tuttavia l'affermazione secondo la quale la diagnosi di distimia non si discosta da quella di sindrome depressiva persistente non sembra combaciare con quanto affermato nel rapporto medico SMR dell'8 maggio 2007, sottoscritto dalla stessa dottoressa, dove figura che "l'anamnesi, il decorso clinico e il quadro attuale orientano verso la diagnosi di un disturbo distimico, cioè di un quadro depressivo lieve piuttosto che verso la diagnosi di una sindrome depressiva ricorrente" (doc. AI 26-6, cfr. doc. AI 40-1 del dr. med. _____: "Egli è quindi andato incontro ad uno sviluppo di una sindrome depressiva ricorrente che è virata nell'ultimo anno e mezzo in una sindrome depressiva persistente"). Alla luce delle evidenti discrepanze emerse tra lo specialista in psichiatria dr. med. _____ ed il medico consulente dell'AI dr.ssa _____, a mente di questo Tribunale, la questione deve essere ulteriormente indagata. Inoltre la dr.ssa SMR non ha spiegato per quale motivo la sindrome somatoforme da dolore persistente, diagnosticata dal curante, non può invece essere presa in considerazione e si è limitata ad affermare che "non sono emerse inoltre disabilità netta ed evidente, compromissione del funzionamento delle attività sociali abituali, relazioni interpersonali fortemente limitate, con perdita quindi di integrazione

sociale nei vari ambiti della vita .” (doc. AI 44-1). Viste le valutazioni del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, che ha in cura da diversi anni il paziente e lo conosce in maniera più approfondita, questo Tribunale non può tuttavia concludere con tranquillante certezza per l’assenza della sindrome da dolore persistente come sembra emergere dal rapporto dei medici SMR (cfr. doc. AI 26-6: “ Durante la visita presso il SMR ha lamentato una sintomatologia algica che appare compatibile secondo la valutazione del Dr. _____ con il quadro somatico e pertanto non è possibile giustificare la diagnosi di disturbo somatoforme ”). Un approfondimento specialistico, su questo punto, si impone. E’ vero che il disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un’invalidità ai sensi dell’art. 4 LAI e che le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono date in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (sentenza 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 3.2; DTF 132 V 65 consid. 4.2.1 e 4.2.2; DTF 131 V 49 consid. 1.2 pag. 50; DTF 130 V 352 consid. 2.2.3). Tuttavia, in presenza di un riscontro di una patologia psichiatrica invalidante da parte del dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, sarebbe stato necessario procedere con una perizia indipendente ad opera del SAM. A questo proposito va evidenziato che occorre procedere ad un esame dei presupposti richiesti dalla giurisprudenza federale per ritenere eccezionalmente inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro (sull’applicabilità dei principi restrittivi sviluppati dalla giurisprudenza per ammettere, a titolo eccezionale, che un disturbo del dolore somatoforme comporti una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo ad un’invalidità ai sensi dell’art. 4 cpv. 1 LAI , cfr. consid. 2.6. e in particolare la sentenza del Tribunale federale I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352 e le successive STF I 1093/06 del 3 dicembre 2007; STF I 404/03 del 23 aprile 2004 e I 702/03 del 28 maggio 2004. Sulla non applicabilità di tali principi in caso di revisione della rendita, cfr. la sentenza del Tribunale federale I 901/06 del 23 novembre 2007). Va infatti ribadito che, secondo la giurisprudenza federale, la diagnosi di sindrome del dolore somatoforme persistente non costituisce, di per sé, una base sufficiente per concludere ad un’invalidità. Esiste per contro una presunzione che i disturbi derivanti da una sindrome somatoforme dolorosa possano essere superati tramite uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cfr. consid.

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