

TI_GERICHTE 32.2008.84 vom 16. April 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-04-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.84

FR: TI_GERICHTE 32.2008.84 du 16 avril 2008

IT: TI_GERICHTE 32.2008.84 del 16 aprile 2008

Regeste

Rinvio degli atti all'UAI per una nuova valutazione dello stato di salute della ricorrente. La documentazione relativa alla patologia psichiatrica è stata sottoposta per valutazione ad un medico generalista e non ad uno specialista

Erwägungen

E. 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 Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, 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 9C_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. _____, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. _____ (DTF 132 V 165 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 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). 2.5. Nel caso concreto, dopo la richiesta di prestazioni AI, sfociata, viste le risultanze mediche, nella decisione del 14 giugno 2006 tramite la quale all'insorgente è stata assegnata una rendita al 50% limitata nel tempo dal 1° ottobre 2005 al 31 maggio 2006 (doc. AI 51-1), la ricorrente ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni facendo valere un peggioramento del suo stato di salute. L'UAI non ha emanato una decisione di non entrata in materia, ma, dopo aver esaminato l'intera fattispecie, ha respinto la richiesta di prestazioni (doc. AI 87-2), poiché " non risulta medicalmente giustificato un peggioramento dello stato di salute ". Dagli atti emerge che l'assicurata, nell'ambito della prima procedura, è stata a disposizione del SAM per accertamenti pluridisciplinari nei giorni 10, 13 e 14 febbraio 2006 (doc. AI 46). Dal referto del 1° marzo 2006 (doc. AI 46-1) risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. med. _____), reumatologica (dr. med. _____) ed endocrinologica (dr. med. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato

centro d'accertamento, i periti hanno posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione F33.4 e la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di fibromialgia, diabete mellito di tipo 2 B (diagnosi nel 1995 circa) con/su terapia insulinica secondaria dal 2002, scompenso glicemico cronico, microralbuminuria (regredente sotto AT2-antagonista), polineuropatia periferica moderata, obesità (BMI circa 42), dislipidemia, ipertensione arteriosa (trattata), sordità (corretta con apparecchio acustico), epatopatia (doc. AI 46-10). Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico i periti hanno evidenziato che l'insorgente presenta una mimica leggermente di tipo depressivo. Vi è una certa labilità emotiva con un'affettività leggermente depressiva, accompagnato da un leggero stato d'ansia. Il comportamento a tratti discontinuo, è accompagnato da ipobulia con tendenza all'inerzia. L'interessata non ha accettato completamente la morte del marito (avvenuta nel 1987). A causa di depressione l'insorgente fu curata nel passato da parte della dr.ssa _____ e dall'ottobre 2004 è in cura presso il dr. _____, il quale prescrive una psicofarmacoterapia. Inoltre l'insorgente è a beneficio di colloqui di sostegno. I periti rilevano che il consulente ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione F33.4 e che l'evoluzione è piuttosto positiva. A causa di una fragilità psichica e di una struttura di personalità particolare, l'insorgente non è ancora riuscita ad elaborare il lutto dopo la morte del marito, ma comunque vi sono stati importanti miglioramenti negli ultimi anni. Dal profilo psichiatrico l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 20-30% ed è molto importante che continui la presa a carico psichiatrica e che possa beneficiare di colloqui di sostegno. Dal punto di vista reumatologico, il dr. med. _____ ha indicato che l'insorgente presenta il quadro clinico di una fibromialgia. Sono presenti dolori cronici e persistenti con tendenza alla generalizzazione, con predominanza a livello dell'emicorpo di sinistra, soprattutto al braccio e alla gamba di sinistra. Dal punto di vista clinico, sono presenti tutti i tender points necessari per questa diagnosi. Il consulente non ha riscontrato una vera e propria sindrome lombovertebrale spondilogenica, o irritazione di tipo radicolare. Anche a livello delle estremità superiori non si apprezzano segni per un problema di tipo cervicovertebrale, cervicobrachiale o cervicoradiculare. Non vi sono segni per un'eventuale epicondilopatia radiale, attualmente in atto. Non vi è nessun segno per sintomatologia di impingement a livello delle spalle. Le indagini radiologiche (in particolare della colonna cervicale, lombare e delle spalle) non hanno mostrato patologie significative. Anche sulle rx della colonna toracale del 2004 non vi sono segni degenerativi. In associazione al dolore vi sono disturbi funzionali, tra i quali soprattutto mal di testa, stanchezza cronica, affaticamento rapido e una certa difficoltà di recupero. Le indagini di laboratorio non mostrano patologie significative, per cui l'origine di questa fibromialgia è da ritenere di tipo primario. Dal punto di vista reumatologico l'assicurata non presenta nessuna incapacità lavorativa come cameriera ai piani e come donna delle pulizie. Infine, a proposito della patologia endocrinologica, il dr. med. _____ ha posto la diagnosi di diabete mellito tipo 2 B con insulinoresistenza secondaria e con un metabolismo diabetico cronicamente mal compensato. Le complicanze trovate (moderata polineuropatia periferica e microalbuminuria) sono di lieve entità. La terapia medicamentosa antidiabetica è corretta. L'autocontrollo glicemico è eseguito in modo regolare e corretto e conferma l'impegno dell'insorgente per il suo diabete. Dal punto di vista strettamente diabetologico non c'è nessuna incapacità lavorativa. Non è il diabete ma le sue complicanze che limitano la capacità lavorativa. Come per tutti i diabetici è consigliabile un'attività professionale che permetta di seguire la dieta diabetica (spuntini inclusi), permetta l'autocontrollo glicemico

in qualsiasi momento, permetta di evitare l'uso di apparecchi pericolosi per l'insorgente e per altre persone. Il problema principale è il modo di gestire le iperglicemie, benché la sintomatologia relativa sia di lieve entità. L'insorgente reagisce sempre con un "attacco di panico" che la rende poi inabile al lavoro. Sembra proprio questo il motivo della richiesta di riduzione dell'abilità lavorativa. Una soluzione potrebbe essere la correzione immediata delle iperglicemie con una piccola dose di insulina ultrarapida. Questo darebbe all'insorgente la possibilità di reagire e possibilmente evitare il panico. I periti hanno poi consigliato una presa a carico per l'obesità e la dislipidemia anamnesticca (dieta, rispettivamente introduzione di medicinali tipo statine). Con la protesi acustica l'insorgente è ben compensata e capisce le altre persone. L'acanthosis nigricans in sede locale non ha nessun influsso sulla capacità lavorativa. Per l'insufficienza venosa cronica si consigliano calze compressive. Questa patologia non ha nessun influsso sulla capacità lavorativa. Le cefalee sono nell'ambito della fibromialgia e sono già state valutate; non causano nessuna incapacità lavorativa dell'insorgente (doc. AI 46-12). I periti hanno concluso affermando: " L'A. presenta una capacità lavorativa del 75% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), come ausiliaria di pulizie. (...) Solamente la patologia psichiatrica ha un influsso sulla capacità lavorativa dell'A.. Le altre patologie (in particolare il diabete mellito e la fibromialgia) non hanno nessun influsso sulla capacità lavorativa dell'A. L'A. presenta una capacità lavorativa del 75% dal soggiorno presso il SAM (febbraio 2006) e continua (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come ausiliaria di pulizie. Dal lato psichiatrico è subentrato un miglioramento. Basandoci sugli atti, si può codificare una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) da ottobre 2004 (come codificato da parte del dr. _____) sino all'entrata SAM. Dal lato terapeutico è importante che l'A. continui le cure in atto, in modo particolare a livello psichiatrico. Se dovesse migliorare la patologia psichiatrica, l'A. potrebbe raggiungere una capacità lavorativa del 100%. (...) Anche in attività leggere e medie, come pure in quella di cameriere (svolta nel passato), l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 75% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) da febbraio 2006 (soggiorno presso il SAM) e continua. Se dovesse migliorare la patologia psichiatrica, la capacità lavorativa potrebbe migliorare e raggiungere il 100%. Come discusso precedentemente, l'A. ha presentato una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) da ottobre 2004 (come codificato da parte del dr. _____) sino all'entrata del SAM. (...) Dal lato diabetologico, l'A. abbisogna di brevi pause per seguire la dieta diabetica (spuntini inclusi) e per eseguire l'autocontrollo glicemico. Si sconsigliano lavori notturni e lavori stressanti, come pure l'uso di apparecchi pericolosi. La sopraccitata capacità lavorativa del 75% permette di eseguire i controlli appena citati. E' importante che l'A. continui le cure presso il medico di famiglia, presso lo psichiatra curante e presso il diabetologo curante (dal lato diabetologico saranno probabilmente necessari dei leggeri cambiamenti della terapia). Ai medici curanti abbiamo già inviato una copia degli esami di laboratorio e al dr. _____ una copia del consulto diabetologico." (doc. AI 46-13) Il 14 luglio 2006 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, curante dell'interessata, ha attestato quanto segue: " certifico che la paziente è in mia cura dall'11.10.2004 per una sindrome depressiva ricorrente attualmente in presenza di un nuovo episodio depressivo medio-grave con sintomi biologici. La paziente presenta inoltre una nuova situazione di scompenso diabetico che ha necessitato da parte del medico curante Dottor _____ di una serie di accorgimenti farmacologici e terapeutici. Ho preso visione della perizia fatta presso il SAM

all'inizio dell'anno in corso e non mi è ben chiara la motivazione che ha portato all'attuale decisione da parte dell'AI. La paziente presenta una sindrome depressiva ricorrente che ha già determinato nel corso degli anni una perdita durevole della capacità lavorativa e non mi sembra di aver potuto evincere dalle affermazioni del Collega Dottor _____ e dal Dottor _____ endocrinologo che venga messa in discussione la perdita di guadagno rilevante determinata dallo stato di malattia della paziente. La malattia si presenta con caratteristiche ricorrenti e non è detto che nei periodi intercritici ci sia necessariamente un aumento della capacità lavorativa. In realtà la paziente lavora mezza giornata da più di due anni. Tra l'altro ella consumato le indennità di due anni per la perdita di guadagno dell'assicurazione, si ritrova con una conferma al 50% da parte del datore e adattamento del contratto di lavoro. E' evidente quindi che c'è stata una perdita al guadagno secca del 50%." (doc. AI 54-1) Il 25 ottobre 2006 l'UAI ha confermato il diritto ad una rendita al 50% dal 1° ottobre 2005 al 31 maggio 2006. Successivamente alla nuova richiesta di prestazioni del 5 luglio 2007, il 30 luglio 2007 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, endocrinologia e diabetologia, ha diagnosticato la presenza di un "diabete mellito tipo 2 (diagnosi ca. 1995), terapia insulinica dal 1/2002, controllo glicemico mediocre con terapia insulinica e antidiabetici orali, microalbuminuria del 2/2001, regredente sotto AT2 antagonista, obesità (BMI= 41.5 kg/m²), dislipidemia non trattata, polineuropatia periferica, arteriopatia sintomatica, sospetta intolleranza al rosiglitazone (allergia cutanea)" e diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di "st. d. cura di varici agli arti inferiori 1991, Acanthosis nigricans nucale, isterectomia totale 27.7.2002, sindrome lombospondilogenica cronica, sospetta sindrome del tunnel carpale bilaterale" (doc. AI 69-2). Egli ha precisato di non aver mai certificato alcuna inabilità lavorativa (doc. AI 69-2) ed ha affermato che "dal punto di vista diabetologico non vi sono particolari limitazioni per un'attività quale addetta alle pulizie in ospedale. Una limitazione della capacità lavorativa è per contro data dall'obesità e dalla depressione (quest'ultima va valutata in sede specialistica separatamente). Con questo grado di obesità ritengo sussista un'incapacità lavorativa del 25-30% con completa esclusione di lavori molto pesanti o lunghi spostamenti a piedi." (doc. AI 69-6). Da parte sua il dr. med. _____, curante della ricorrente, ha diagnosticato la presenza di un diabete mellito tipo II D dal 1995 e una sindrome depressiva presente dal 1993 nonché un'ipertensione nervosa, per un'inabilità lavorativa del 50% dal 2004 circa (doc. AI 75-2). L'interessata ha inoltre prodotto un attestato del dr. med. _____ del 13 dicembre 2006 dove figura la diagnosi di diabete mellito tipo 2 (diagnosi circa 1995), terapia insulinica dal 1/2002, controllo glicemico mediocre con terapia insulinica e antidiabetici orali, micoralbuminuria dal 2/2001, regredente sotto AT2 antagonista, obesità (BMI 41.5 kg m²), dislipidemia non trattata, polineuropatia periferica, sospetta intolleranza al rosiglitazone (allergia cutanea), st. d. cura di varici agli arti inferiori 1991, acanthosis nigricans nucale, isterectomia totale 27.2.2002, sindrome lombospondilogenica cronica, sospetta sindrome del tunnel carpale bilaterale (doc. AI 75-8). Lo specialista ha affermato: "dopo il cambiamento dell'insulinoterapia introdotto 2 mesi fa vi è stato un netto miglioramento della glicemia. Per paura di cali durante il giorno, la paziente tende a tralasciare a volte la Lantus mattutina se parte da glicemie normali ma inferiori a 6 mmol/l; l'ho incoraggiata a non tralasciare l'iniezione, per evitare Iperglicemie durante tutta la giornata. (...) I valori di PA mi sembrano ben controllati con l'attuale farmacoterapia. (...) I sintomi alle braccia (formicolio e gonfiore specialmente di notte), insorti da 1 mese ca. e già noti alla paziente per episodi analoghi anni fa, sono evocatori di una sindrome del tunnel carpale bilaterale. In caso di persistenza per qualche mese

proporrei delle stecche per la notte e in un secondo tempo una valutazione strumentale da parte neurologica per quantificare l'entità dell'eventuale sofferenza del nervo mediano." (doc. AI 75-8) Agli atti è poi stato prodotto un certificato del dr. med. _____ del 7 giugno 2004 (ossia precedente all'allestimento della perizia del SAM), dove figura la diagnosi di sindrome dorsospondiloge-na cronica e sindrome lombospondilogenea senza evidenza clinica o neuroradiologica per neurocompressione (doc. AI 75-10). Il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, il 26 ottobre 2007 ha diagnosticato la presenza di una sindrome depressiva ricorrente, episodio di media gravità (F33.1), di sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4), di diabete mellito di tipo II, insulino dipendente e alterazioni degenerative della colonna vertebrale ed ha attestato un'inabilità lavorativa al 50% dall'ottobre 2004 a tutt'oggi (doc. AI 77-1). Lo specialista ha affermato: " La paziente continua a manifestare un disturbo dell'umore cronico con puntuali episodi di maggiore gravità che ha determinato nel corso di questi anni la perdita di diverse competenze e abilità lavorative e sociali dell'interessata. Inoltre presenta un disturbo doloroso cronico non spiegabile oggettivamente soltanto con le lesioni riscontrate. (...) La paziente che è piuttosto limitata da un punto di vista culturale appare obesa, con un tono dell'umore diminuito, scarse capacità introspettive e somatizzazione diffusa della colonna vertebrale. (...) La paziente è stata ricoverata all'inizio dell'anno presso l'Ospedale _____ di _____ nel reparto psichiatrico per una nuova recrudescenza della malattia depressiva. (...) La paziente continua una terapia farmacologica importante oltre che le terapie per il diabete con un certo parziale giovamento." (doc. AI 77-2) Lo specialista ha indicato che lo stato di salute dell'assicurata è suscettibile di peggioramento ed ha rilevato che " la paziente lavora al 50% presso l'Ospedale _____ di _____ che le ha modificato, riducendoglielo, il contratto di lavoro e quindi anche il salario ." (doc. AI 77-5). Il dr. med. _____ ha trasmesso all'UAI l'attestato dell'Ospedale _____ di _____ relativo alla degenza dal 18 gennaio 2007 al 14 febbraio 2007 della ricorrente (doc. AI 79-2), da cui emerge la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (F33.1) e sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4), nonché le diagnosi collaterali di diabete mellito tipo II ID, obesità, alterazioni degenerative di modica entità estese alla colonna cervicale, ipertensione trattata. La dr.ssa _____, FMH psichiatria e psicoterapia, la dr.ssa _____, capoclinica e il dr. _____, medico assistente, hanno affermato: " Paziente inviata dal Dr _____, che la segue da oltre due anni per una depressione ricorrente associata a disturbi somatoformi sempre più invalidanti. Questa combinazione di sintomi depressivi e dolori generalizzati durerebbe da praticamente due anni, con delle fasi fluttuanti ma senza mai una vera e propria remissione completa. Durante queste ultime settimane il Dr _____ ha tentato una terapia Efexor aumentata fino a 300 mg senza risultati eclatanti sull'umore e sui dolori della paziente. Quest'ultima non sa individuare dei fattori chiari alla base di questa nuova fase depressiva se non le ristrettezze economiche e i dolori stessi che la stanno portando alla convinzione di non poter mai guarire completamente. Si tratta del suo primo ricovero psichiatrico, anche se già in passato aveva dovuto arginare degli scompensi depressivi con cure per infusione ma sempre in un setting ambulatoriale (prima presso la Drssa _____ e da due anni presso il Dr _____). Soggettivamente la paziente, segnala dolori diffusi, che partono dalla cintura scapolare e si diffondono alle spalle e alla colonna vertebrale per poi dare origine a forti cefalee, un costante sentimento di tristezza, sensazione di scoraggiamento, anedonia, apatia, associate e disturbi del sonno (sempre più breve ed agitato), ad un calo della concentrazione ed a sintomi ansiosi continui. L'obiettivo

di questo primo ricovero psichiatrico è dunque quello di rivedere la farmacoterapia antidepressiva e di proporre alla paziente una presa a carico fisioterapica specifica. (...) I problemi psichici, ossia le fasi depressive importanti, sarebbero cominciate con la morte della figlia appena nata (una settimana di vita), probabilmente per un blocco renale. Questo sarebbe avvenuto nel 1980, seguito da una depressione, che la paziente dice di aver superato grazie al sostegno del marito. Il lutto ancora più doloroso per la paziente fu quello per il marito, deceduto improvvisamente 8 anni dopo per un'epatite fulminante, all'età di 36 anni. La depressione che scaturì da questo evento fu molto intensa e durò diversi mesi. La paziente si ritrovò sola e dovette riprendere l'attività lavorativa a tempo pieno. Ci fu poi un altro episodio depressivo, 4 anni fa, in seguito ad un'operazione d'isterectomia per dei fibromi uterini. L'ultimo, attuale episodio sarebbe presente da due anni in concomitanza con l'insorgere dei dolori invalidanti, che l'hanno obbligata a ridurre la percentuale di lavoro per i quali una domanda di rendita AI è stata inoltrata dai medici curanti. Vi sarebbe già stato un riconoscimento d'incapacità lavorativa al 50% da parte dell'AI, ma limitato nel tempo, e, quindi, una richiesta di rivalutazione è attualmente in corso. (...) Evoluzione e decorso: L'evoluzione clinica sull'arco di queste 4 settimane di degenza è stata progressivamente positiva, con un netto miglioramento della sintomatologia depressiva; miglioramento probabilmente da imputare a varie circostanze. Prima di tutto la buona integrazione nell'ambito del reparto e la partecipazione alle varie attività proposte così pure la fisioterapia intensiva le hanno permesso di ritrovare un certo slancio vitale e una motivazione ad attivarsi, che si era via via spenta negli ultimi mesi precedenti il ricovero. In secondo luogo la risposta positiva da parte dell'AI riguardo al riconoscimento di invalidità seppur parziale, l'hanno rassicurata rispetto a delle preoccupazioni relative alla propria situazione socio-economica. Inoltre la sostituzione della terapia antidepressiva presente all'ammissione (Efexor con Cymbalta) è risultata efficace per ciò che riguarda il profilo timico ma anche sulla componente dolorosa e somatoforme. Sul piano internistico rileviamo una grande variabilità del profilo glicemico che ci ha indotto, su consiglio del dr. _____, a delle piccole variazioni del carico d'Insulina. Questa terapia verrà rivalutata nelle prossime settimane dallo stesso dr. _____. Alla luce dei miglioramenti sopradescritti e di congedi svoltisi senza particolari problemi abbiamo dimesso la paziente in data 14 febbraio 2007, giorno del suo rientro a domicilio." (doc. AI 79). Il 18 gennaio 2008 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " Abbiamo agli atti un rapporto della degenza nel reparto di psichiatria di _____. Si tratta di una breve degenza (4 settimane compresi i congedi). Si descrive nel rapporto d'uscita un miglioramento sia dal profilo dell'umore (timico) che della componente dolorosa e somatoforme. Quindi non è giustificato un nuovo peggioramento. E' da confermare una IL del 25% come alla perizia SAM (1 marzo 2006) e come valutato anche dal diabetologo nel suo rapporto attuale (valutazione globale, per il diabete solamente non vi sarebbe IL), % che può essere richiesta all'A; Il curante e lo psichiatra continuano a confermare una IL 50%, malgrado la perizia SAM." (doc. AI 82-1) Il 10 marzo 2008 il dr. med. _____ ha diagnosticato la presenza di diabete mellito tipo 2 (diagnosi circa 1995), terapia insulinica dal 1/2002, pessimo controllo glicemico con terapia insulinica e antidiabetici orali, microalbuminuria dal 2/2001, regrediente sotto AT2 antagonista, obesità (BMI 41.5 kg m2), dislipidemia non trattata, polineuropatia periferica, arteriopatia asintomatica st. depressivo, st. d. cura di varici agli arti inferiori 1991, acanthosis nigricans nucale, isterectomia totale 27.2.2002, sindrome lombospondilogenica cronica, sospetta sindrome del tunnel carpale bilaterale (doc. AI 84-2). Lo specialista ha affermato: " persiste una massiccia iperglicemia cronica, con i

valori più elevati già a digiuno, che poi tendenzialmente calano a partire da mezzogiorno. Qualche episodio ipoglicemico pomeridiano. Visto questo decorso insoddisfacente malgrado il graduale aumento delle dosi di Lantus serali ho prescritto alla paziente un cambiamento dell'insulino-terapia sostituendo la Lantus con 30 U di Novomix 30 prima di cena. Seguirò il decorso delle automisurazioni glicemiche nelle prossime settimane modificando lo schema terapeutico. La paziente mi ha segnalato che è tuttora pendente una decisione dell'assicurazione invalidità riguardo al suo caso; dal mio punto di vista la paziente è da considerare inabile al lavoro a causa dell'obesità (principalmente) e del diabete mellito (limitazioni ulteriori legate al rischio ipoglicemico sotto insulino-terapia, alla necessità di pause regolari e di tempo sufficiente per gli autocontrolli). Sul posto di lavoro sono inoltre necessari accorgimenti quali evitare attività prolungate senza pausa (i compiti più faticosi quali trasportare pesi o lavorare in posizioni molto scomode richiedenti buon senso dell'equilibrio,...). Va inoltre valutata la capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico." (doc. AI 84-4) Da parte sua il dr. med. _____, medico FMH, il 18 marzo 2008 ha attestato che l'insorgente è affetta da " diabete tipo 2ID scompensato, sindrome del tunnel carpale, obesità, ipertensione arteriosa, cefalea, sciatalgia, alterazioni degenerative a carico della colonna cervicale e lombo sacrale, polineuropatia diabetica " e che " tutti questi quadri patologici rendono la stessa inabile ad attività lavorativa di qualsiasi genere nella misura non inferiore al 50% " (doc. AI 84-5). Il 28 marzo 2008 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " I rapporti medici dei curanti non apportano novità rispetto alla perizia SAM del marzo 2006 in cui erano già state prese in considerazione le patologie annunciate (anche psichiatrica e anche il diabete cronicamente scompensato, d'altronde il diabetologo aveva dato una IL 25-30%, principalmente per l'obesità e non per il diabete in sé). Vedi anche annotazione del 18.01.2008. L'obesità non è patologia a carico AI. Conferma della nostra decisione." (doc. AI 86-1) Chiamata a produrre un certificato medico del dr. med. _____, l'insorgente non ha dato seguito alla richiesta (doc. VIII).

2.6. 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). 2.7 . Occorre innanzitutto rilevare che, secondo la giurisprudenza (cfr. sentenza I 465/05 del 6 novembre 2006, pubblicata in DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, come nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Nel caso concreto si tratta quindi della decisione su opposizione del 25 ottobre 2006 con la quale è stata riconosciuta una rendita d'invalidità al 50% unicamente per il periodo dal 1° ottobre 2005 al 31 maggio 2006 (doc. AI 63). Questa decisione è stata presa fondandosi su una perizia pluridisciplinare del SAM del 1° marzo 2006 (doc. AI 46-1) che aveva posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione F33.4, oltre alle diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di fibromialgia, diabete mellito di tipo 2 B (diagnosi nel 1995 circa) con/su terapia insulinica secondaria dal 2002, scompenso glicemico cronico, microalbuminuria (regredente sotto AT2-antagonista), polineuropatia periferica moderata, obesità (BMI circa 42), dislipidemia, ipertensione arteriosa (trattata), sordità (corretta con apparecchio acustico), epatopatia (doc. AI 46-10). In particolare, per quanto concerne l'aspetto psichico, il dr. med. _____ ha ritenuto un grado d'incapacità lavorativa del 20-30% (doc. AI 46-17), mentre per quanto concerne l'aspetto diabetologico l'interessata era stata visitata dal dr. med. _____ che non riteneva giustificata nessuna incapacità lavorativa. Come visto, in sede di osservazioni al progetto della decisione qui contestata, l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica, descritta nei considerandi precedenti. Attentamente esaminata la documentazione medica presente all'insero e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non può condividere la decisione dell'amministrazione di non approfondire ulteriormente la fattispecie. Dall'esame degli atti emerge infatti che il medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4), la cui presenza è confermata dai medici, psichiatri, dell'Ospedale _____ di _____, diretto dal Primario dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia. Gli specialisti, a differenza di quanto attestato dal perito SAM, dr. med. _____, che all'epoca aveva rilevato la presenza di una sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione (ICD 10 F33.4) " con un'evoluzione piuttosto positiva " (doc. AI 46-17) hanno inoltre diagnosticato una sindrome depressiva ricorrente con episodio attuale di media gravità (F33.1). In particolare l'interessata ha dovuto essere ricoverata presso il nosocomio _____ " per una nuova recrudescenza della malattia depressiva "(doc. AI 77-1, sottolineatura del redattore) e i medici hanno evidenziato come il dr. med. _____ segue la ricorrente da oltre due anni " per una depressione ricorrente associata a disturbi somatoformi sempre più invalidanti ." (sottolineatura del redattore). Essi hanno confermato la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (F45.4) già diagnosticata l'8 agosto 2005 dal dr. med. _____ (doc. AI 40-2), ma che in precedenza non ha trovato conferma nell'ambito della perizia pluridisciplinare del SAM (doc. AI 46), dove era solo

emersa la presenza di una fibromialgia non invalidante. Gli specialisti dell'ospedale _____ hanno poi evidenziato come il curante abbia tentato " una terapia con Efexor aumentata fino a 300 mg senza risultati eclatanti sull'umore e sui dolori della paziente " ed hanno evidenziato come si sia trattato del primo ricovero psichiatrico. Ciò dimostra che nel frattempo lo stato di salute dell'insorgente potrebbe essere peggiorato, dato che in precedenza era sempre stato possibile far capo solo a trattamenti ambulatoriali. Ora a fronte della ribadita presenza della depressione e della sindrome somatoforme da dolore persistente, confermata dagli specialisti dell'Ospedale _____, l'UAI, invece di sottoporre l'intera documentazione ad uno specialista FMH, ha interpellato il medico SMR, dr. med. _____, medico generalista, il quale ha evidenziato come al termine della degenza è stato riscontrato un miglioramento dello stato di salute della ricorrente. Va qui tuttavia evidenziato che i medici dell'Ospedale _____ hanno ravvisato un miglioramento dello stato di salute della ricorrente rispetto all'arrivo dell'interessata presso il nosocomio, ma non in relazione con le risultanze della perizia SAM del 1° marzo 2006. Inoltre, il TF, con sentenza I 142/07 del 20 novembre 2007 ha affermato: " 3.2.1 Den von versicherungsinternen Ärzten erstellten Berichten und Gutachten kann voller Beweiswert zukommen, wenn sie die dazu erforderlichen Voraussetzungen erfüllen . Sie müssen als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sein und es dürfen keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353). Einem Gutachten kommt schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen seine Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass das Gutachten effektiv nicht den Tatsachen entspricht, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden oft nicht beurteilen könnten (Urteil B. vom 3. August 2000, I 178/00, E. 4a). 3.2.2 Nach Art. 59 IVG müssen die IV-Stellen über die notwendigen Dienste verfügen, damit sie ihre Aufgabe gemäss Art. 57 IVG fachgerecht und beförderlich durchführen können (Abs. 1). Zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen stehen den IV-Stellen interdisziplinär zusammengesetzte regionale ärztliche Dienste zur Verfügung. Diese unterstehen der direkten fachlichen Aufsicht des Bundesamtes (BSV), sind aber in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Die IV-Stellen richten die regionalen ärztlichen Dienste ein. Der Bundesrat legt die Regionen nach Anhören der Kantone fest (Abs. 2). 3.2.3 Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil B. vom 3. August 2000, I 178/00, E. 4a). Dies gilt auch für (SUVA-) versicherungsinterne Entscheidungsgrundlagen, sind doch an die Unparteilichkeit und Zuverlässigkeit solcher Grundlagen strenge Anforderungen zu stellen (BGE 122 V 157 E. 3 S. 165). Nichts anderes kann für RAD-ärztliche Untersuchungen im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV gelten, hat doch der Gesetzgeber mit diesen interdisziplinär zusammengesetzten ärztlichen Diensten im Rahmen der 4. IVG-Revision (vgl. die Botschaft vom 21. Februar 2001 über die 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [BBl 2001 3205]) ein Durchführungsinstrument geschaffen für eine gesamtschweizerisch möglichst einheitliche

Beurteilung von Leistungsgesuchen, um u.a. so die Ausgabenentwicklung in der IV besser in den Griff zu bekommen (S. 3207 der bundesrätlichen Botschaft). Gestützt auf die in E. 3.2.2 dargestellte gesetzliche Grundlage (Art. 59 Abs. 2 IVG) hat der Bundesrat in Art. 47 ff. IVV die regionalen ärztlichen Dienste geordnet, in Art. 48 IVV ausdrücklich Fachdisziplinen (u.a. Psychiatrie) vorgeschrieben und in Art. 49 IVV die Aufgaben im Einzelnen normiert. Wenn die RAD die ihnen nach Abs. 2 der letztgenannten Bestimmung zugedachte wichtige Rolle und Weichenstellung (ärztliche Untersuchungen) spielen sollen, müssen die für sie tätigen Ärzte über das dazu erforderliche Ausbildungsprofil verfügen.

3.2.4 Als Anforderungsprofil für die Fachdisziplin Psychiatrie können die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen (in: Schweizerische Ärztezeitung 2004 S. 1049 f.; nachfolgend: SGVP-Richtlinien) als Standard herangezogen werden. Diese haben zwar nicht verbindlich-behördlichen Charakter, formulieren aber doch den fachlich anerkannten Standard, welcher in der Schweiz für eine sachgerechte, rechtsgleiche psychiatrische Begutachtungspraxis in der Sozialversicherung gelten soll. Deshalb nimmt denn auch die Rechtsprechung darauf immer wieder Bezug (zuletzt: Urteile A vom 3. September 2007, I 722/06, und vom 19. Juni 2006, I 51/06). Nach Ziff. II/6 der genannten Richtlinien bildet "eine Facharztausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie" eine der Voraussetzungen auf Seiten des Gutachters.

3.3 Im hier zu beurteilenden Fall sprechen sich sämtliche medizinischen Unterlagen (der behandelnden Ärzte) für ein komplexes, seit Jahren bestehendes chronifiziertes psychosomatisches Krankheitsgeschehen aus, das behaupteterweise und eventuell tatsächlich die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Nach ständiger Rechtsprechung ist in aller Regel zur Abklärung der invalidisierenden Wirkung, insbesondere hinsichtlich der hier im Raum stehenden psychischen Komorbidität (medikamentös behandelte Depressivität), eine fachärztliche psychiatrische Expertisierung angezeigt (siehe dazu BGE 130 V 352 E. 2.2 S. 353 f.). Wenn die IV-Stelle in dieser Situation, wie es ihre Pflicht ist, zu Abklärungen schreitet, so hat sie diese nach dem bisher Gesagten durch einen internen (RAD) oder externen (Administrativgutachter) psychiatrischen Facharzt vornehmen zu lassen.

3.4 Der die psychiatrische Exploration vorgenommene Arzt des RAD verfügt zwar über eine langjährige Praxis im Bereich der Psychiatrie, ist aber unbestrittenermassen nicht Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Er hatte im entscheidenden Zeitpunkt der Untersuchung (4. Juli 2005) zwar den ersten Teil der Psychiatriefacharztprüfung abgelegt, den zweiten Teil (Psychotherapie) indessen noch nicht. Der Bericht beruht daher nicht auf spezialärztlichen Feststellungen. Das Fehlen eines Facharztstitels für Psychiatrie stellt ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit des Berichts von med. pract. B. _____ in psychiatrischer Hinsicht dar, sodass diesem insoweit kein voller Beweiswert zukommt.

4. Der Beweiswert des fraglichen Berichtes ist aber auch aus einem weiteren Grund vermindert:

4.1 Mit Urteil vom 31. August 2007, I 65/2007, hat das Bundesgericht entschieden, dass der Beweiswert eines RAD-Berichtes, den eine Ärztin mit "Psychiaterin FMH" unterzeichnete, ohne über die entsprechende Berechtigung zur Führung des Facharztstitels nach dem Bundesgesetz vom 19. Dezember 1877 betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (aufgehoben mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe [Medizinalberufegesetz; SR 811.11] am 1. September 2007) zu verfügen, entscheidend geschwächt ist und daher nicht als einzige medizinische Basis der gerichtlichen Beurteilung dienen kann.

4.2 Hier liegt eine durchaus vergleichbare Ausgangslage vor, ist doch erstellt, dass der untersuchende Arzt den Bericht vom 11.

August 2005 als "Dr. med." unterzeichnete, obwohl er zwar über ein (deutsches) Staatsexamen in Medizin, nicht aber über die Berechtigung zur Führung eines Dokortitels, verfügte. Wie in jenem Urteil wird der Beweiswert des Berichtes damit durch eine Titelanmassung erheblich in Frage gestellt. Der Sachverhaltswürdigung des kantonalen Gerichts, die Erklärung der IV-Stelle bzw. des RAD, dabei habe es sich um ein administratives Versehen gehandelt, sei glaubwürdig, kann nicht gefolgt werden. Denn abgesehen davon, dass es auf die Ursache dieses Fehlers nicht ankommen kann, widerspricht eine solche Einschätzung der Lebenserfahrung und ist offensichtlich unrichtig. Mit "einer innerbetrieblich verbindlich festgelegten Form der Unterzeichnung", wie die IV-Stelle geltend macht, lässt sich der - im Übrigen wiederholt und über einen langen Zeitraum begangene - Fehler nicht erklären, ist doch einem Arzt die Bedeutung eines akademischen Titels durchaus bekannt. Aus dem Verlaufsprotokoll der Vorinstanz vom 6. November 2006 geht schliesslich hervor, dass sich der untersuchende Arzt am 4. Juli 2005 als "Dr. B. _____" vorgestellt hat. Diese Aussage des Beschwerdeführers blieb jedenfalls unwidersprochen, sodass ein administratives Versehen ausgeschlossen werden muss. 5. Nach dem Gesagten steht fest, dass der Beweiswert des Untersuchungsberichtes des med. pract. B. _____ vom 11. August 2005 derart entscheidend herabgesetzt ist, dass das kantonale Gericht seine Beurteilung nicht hauptsächlich darauf stützen durfte. Da sich in den Akten ansonsten keine unabhängige fachärztliche Beurteilung findet, lässt sich über die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kein schlüssiges Bild machen. Es kann daher insbesondere über den Rentenanspruch - entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers - nicht materiell entschieden werden. Die Sache ist daher an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie eine den Anforderungen genügende psychiatrische Abklärung vornehmen lasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge.“ (sottolineatura del redattore, cfr. anche STF I 65/07 del 31 agosto 2007) In concreto la valutazione circa l'effettivo peggioramento dello stato di salute psichiatrico doveva pertanto essere effettuata da uno specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ossia da un medico con i medesimi requisiti di coloro che si sono espressi in merito (dr. med. _____ e dr. med. _____; cfr. anche sentenza del 6 novembre 2008, 32.2007.361). Ciò a maggior ragione se si tien conto del fatto che il disturbo somatoforme da dolore persistente è una malattia particolare che necessita di approfonditi accertamenti per essere adeguatamente indagata. 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 un peggioramento della patologia psichiatrica invalidante da parte del dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, e soprattutto della degenza, da non sottovalutare, di 4 settimane, presso un centro specializzato quale l'Ospedale _____ di _____, dove, psichiatri indipendenti hanno anch'essi diagnosticato la presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente ed hanno evidenziato la presenza, secondo il curante, di “ disturbi somatoformi sempre più invalidanti ”, sarebbe stato necessario perlomeno sottoporre il caso ad un medico specializzato in psichiatria e non al medico generico, dr. med. _____ (cfr. anche sentenza del 6 novembre 2008, 32.2007.361). A questo proposito va evidenziato che quando ci si trova in presenza della diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente 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. 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 hiezu ergänzende psychische Abklärungen zu treffen habe. Gegebenenfalls habe dies auch für die Tätigkeit eines Verkaufskordinators zu erfolgen. Komme keine dieser Tätigkeiten mehr in Frage, sei entweder das zumutbare Invalideneinkommen anhand einer Hilfsarbeit festzulegen oder auf die ablehnende Verfügung betreffend berufliche Massnahmen zurückzukommen.

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

vorinstanzliche Feststellung eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens aufgehoben wird. Ansonsten bleibt es bei der Rückweisung zur ergänzenden Abklärung - mit den genannten Präzisierungen - und zur neuen Verfügung an die IV-Stelle. Bestand hat daher auch der Kostenentscheid.” Nel caso di specie, vista la diagnosi posta dal dr. med. _____ e confermata dai medici dell’ospedale _____, di sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.4) e di una sindrome depressiva ricorrente con episodio di media gravità (F33.1), l’UAI avrebbe pertanto dovuto far esaminare ad un medico FMH specialista in psichiatria e psicoterapia se nel caso di specie, rispetto alla perizia SAM del 1° marzo 2006, vi è effettivamente stato un peggioramento dello stato di salute, se l’eventuale peggioramento ha avuto un’influenza sulla capacità lavorativa della ricorrente e sulla base delle nuove valutazioni, dopo aver eventualmente interpellato i medici del nosocomio _____, stabilire se effettuare una perizia medica psichiatrica. Ritenuto inoltre che in concreto anche il dr. med. _____ rileva un peggioramento dello stato di salute della paziente laddove evidenzia, per quanto concerne il diabete mellito delle “ limitazioni ulteriori legate al rischio ipoglicemico sotto insulino-terapia, alla necessità di pause regolari e di tempo sufficiente per gli autocontrolli” (doc. AI 84-2) e che anche in questo caso la valutazione è stata fatta del dr. med. _____, medico generico, e non da uno specialista, questo Tribunale ritiene necessario rinviare l’incarto all’UAI affinché sottoponga il caso sia ad un medico FMH in psichiatria e psicoterapia, che dovrà interpellare i medici del nosocomio _____, che a uno specialista FMH in diabetologia ed endocrinologia, i quali dovranno valutare in maniera più approfondita l’intera fattispecie e, se necessario, faccia esperire una nuova perizia pluridisciplinare che si determini in merito ad un eventuale peggioramento dello stato di salute della paziente, del momento a partire dal quale è avvenuto e del nuovo grado d’incapacità lavorativa. L’UAI dovrà pure tener conto dell’operazione al piede che l’assicurata afferma di aver subito il 26 marzo 2008. In queste condizioni la decisione impugnata va annullata e l’incarto retrocesso all’Ufficio AI, affinché esegua nuovi accertamenti medici. Visto l’esito del ricorso la richiesta dell’insorgente di assunzione di ulteriori prove (tra cui una perizia), diventa priva di oggetto. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduca l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell’11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall’art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall’art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 2.8. 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. L’assicurata ha protestato spese e ripetibili. Per quanto concerne l’indennità per ripetibili, essa può venire assegnata, di regola, solo al ricorrente vittorioso

patrocinato in causa (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGa; DTF 112 V 86 consid. 4; DTF 110 V 81 consid. 7; DTF 105 V 89 consid. 4; DTF 105 Ia 122; DTF 99 Ia 580 consid. 4). L'indennità è concessa non soltanto se l'assicurato è patrocinato da un avvocato, ma anche quando il patrocinio è assunto da una persona particolarmente qualificata per la questione giuridica considerata, purché non si debba ritenere che il patrocinatore abbia agito a titolo gratuito (DTF 118 V 140 consid. 2 = RCC 1992 p. 433 consid. 2a; RCC 1985 p. 411 consid. 4; DTF 108 V 271 = RCC 1983 p. 329). Nel caso in esame, viste le pertinenti e giuridicamente valide argomentazioni addotte e ritenuto che in altre occasioni ha curato gli interessi di altri assicurati in ambito di prestazioni AI, il rappresentante dell'assicurata è sicuramente persona che possiede buone conoscenze nelle assicurazioni sociali e che non ha agito gratuitamente (cfr. anche sentenza del 6 novembre 2008, 32.2007.361).

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