

TI_GERICHTE 32.2009.184 vom 14. September 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-09-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.184

FR: TI_GERICHTE 32.2009.184 du 14 septembre 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.184 del 14 settembre 2009

Regeste

UAI ha rifiutato a torto di riconoscere all'assicurata una rendita d'invalidità. Alla luce del peggioramento delle sue cefalee, che comporta una capacità lavorativa residua del 50% sia nella sua attività che in altre, ella ha diritto ad 1/4 di rendita dal 1.3.07 al 31.5.07 e 1/2 rendita dal 1.6.07

Erwägungen

E. 3

Mi hanno detto che prendo troppe medicine che da una parte magari è vero ma è un dolore fortissimo e non ci sono tante altre soluzioni e comunque quando posso prendo il meno possibile perché non sono una persona che sopporta poco il dolore, anzi da quando ho queste crisi gli altri dolori sono un niente. Comunque mi viene un po' da ridere perché sono uscita dall'ospedale di _____ che prendevo 10 pastiglie al giorno e dico 10 senza contare Imigran e co! E poi mi dicono che prendo troppe medicine, alla faccia! La cura di _____ non mi ha fatto niente, anzi ha peggiorato il tutto perché mi è venuto anche una specie di eczema al viso, nausea, stanchezza ecc. e ci ho messo più di un mese per riprendermi un po'. Ovviamente poi ho smesso la cura e l'eczema se ne è andato. Alla fine ho dovuto provare anche il litio ma non mi ha fatto niente.

E. 3.2

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...)
Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007

del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)” L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)” Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.8. Attentamente esaminata la documentazione medica contenuta nell'incarto e sopra esposta, nonché richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (cfr. consid. 2.7.), questo Tribunale non può confermare l'operato dell'amministrazione, per i motivi qui sotto esposti. L'UAI ha rifiutato di riconoscere all'assicurata il diritto ad una rendita di invalidità - nonostante il dr. _____ abbia considerato RI 1 inabile al lavoro al 50% a partire dal mese di giugno del 2003 - ritenendo che, come indicato dal perito stesso, non vi sia stato alcun peggioramento delle condizioni di salute dell'interessata rispetto a quanto valutato dai medici del SAM e, in particolare dal dr. _____, nella perizia del 19 luglio 2006 – che concludeva per un'incapacità lavorativa del 30% - considerata corretta (per lo meno fino al mese di giugno 2006) dal TCA nella sentenza 32.2007.186 del 26 maggio 2008, cresciuta in giudicato. Nel suo referto peritale del 16 dicembre 2008, il dr. _____ ha considerato l'assicurata inabile al lavoro al 50%, a partire dal 1° giugno 2003, sia nel suo lavoro abituale, sia in altre attività (doc. 109-13). Chiamato dall'amministrazione ad esprimersi in merito all'evoluzione dello stato di salute dell'interessata a partire dal mese di luglio 2006 in poi (cfr. doc. 119-1), conformemente a quanto disposto dal TCA nella sentenza 32.2007.186 del 26 maggio 2008, il dr. _____, nello scritto del 10 giugno 2008, ha espressamente indicato che “un vero

peggioramento della frequenza delle cefalee (a parte un breve periodo nel 2007) in questi ultimi anni non vi è stato”, aggiungendo che “da quando la paziente lavora al 50% la frequenza delle crisi di cefalea è rimasta all’incirca stabile” (doc. 122-1). Questo Tribunale non ritiene convincente la valutazione espressa dal dr. _____ a proposito dell’inesistenza di un peggioramento delle crisi di cefalea dell’assicurata. Al riguardo il TCA sottolinea innanzitutto che, nel suo referto peritale del 16 dicembre 2008, il dr. _____ ha rilevato che “la paziente stessa riferisce che non vi è stato un chiaro peggioramento nella frequenza delle sue cefalee negli ultimi anni, eccetto il periodo durante e per circa un paio di mesi dopo la degenza alla Clinica universitaria di _____, in quel periodo vi è stata una incapacità lavorativa al 100%” (doc. 109-12). Ora queste considerazioni del perito neurologo contrastano con quanto affermato dall’assicurata stessa in uno scritto del 18 giugno 2008 indirizzato all’UAI, nel quale l’interessata ha messo in evidenza l’insorgenza di un peggioramento delle sue condizioni di salute già a partire dalla primavera del 2006. Ella ha infatti esplicitamente indicato che “il mio peggioramento è già stato in primavera 2006 e ho passato un’estate molto brutta perché stavo sempre male e in più sempre nel 2006, dicembre, ho dovuto persino andare in ospedale perché le crisi non passavano più ed ero sfinita dal dolore” (cfr. doc. 96-1 = doc. C1 riprodotto per esteso al consid. 2.6.). Inoltre, il TCA rileva che, come già indicato peraltro nella sentenza 32.2007.186 del 26 maggio 2008, cresciuta in giudicato, l’insorgenza di un peggioramento delle condizioni di salute dell’interessata posteriormente al mese di giugno 2006 è già stata ammessa sia dal dr. _____, autore della precedente perizia neurologica eseguita nell’ambito della perizia pluridisciplinare SAM, sia dal dr. _____ del SMR (cfr. doc. 94-14 e 94/16-17). Il dr. _____ del SMR, infatti, nelle sue annotazioni del 17 dicembre 2007, dopo avere visionato i rapporti del 22 e del 30 novembre 2007 del dr. _____ e del dr. _____ e avere contattato il neurologo curante, ha concluso che “in considerazione dell’evoluzione negativa posso confermare un impedimento funzionale aumentato, peggioramento databile con il 5 luglio 2007, inizio accertamenti a _____ con seguente modifica del trattamento in atto” (doc. 82-1). Il dr. _____, dal canto suo, nel suo scritto del 14 aprile 2008 in risposta ad una esplicita richiesta di precisazioni da parte di questo Tribunale, ha indicato che dai dati anamnestici presenti sia nella sua perizia neurologica, sia nel referto della clinica universitaria di _____, sia in quello del dr. _____, “emerge in tutte e tre le valutazioni, pur con piccole divergenze, un’evoluzione estremamente sfavorevole con frequenti cefalee e un consumo notevole di analgesici” (doc. 89-5). Il dr. _____ ha quindi concluso di “potere affermare che, rispetto a quanto da me ricostruito con l’anamnesi del giugno 2006, il successivo decorso è stato caratterizzato da un peggioramento della sintomatologia” (doc. 89-5). A giustificazione di questa conclusione, il dr. _____ ha indicato che vi è stato, come indicato dai medici della clinica di _____, un massiccio aumento del consumo di un medicamento specifico per emicrania (passato da circa 10 assunzioni mensili ad un’assunzione praticamente giornaliera), ciò che lascia presupporre che anche le crisi di cefalea siano divenute, nel corso del 2007, giornaliere. Il dr. _____ ha quindi ritenuto che “sulla base di questi dati si deve ritenere che il peggioramento, probabilmente già in fase di lenta evoluzione nella seconda metà del 2006, abbia avuto un’accelerazione dopo il febbraio 2007”, concludendo che “ci si può immaginare un’evoluzione graduale che potrebbe aver portato a una situazione tale da determinare un’inabilità lavorativa di almeno il 50% a partire dalla primavera 2007 ma questo non è meglio precisabile” (doc. 89-6). Queste considerazioni del dr. _____, sono, del resto, avvalorate da quanto indicato

dal dr. _____ nel suo rapporto medico del 7 febbraio 2007 (nel quale lo specialista in neurologia ha indicato che l'assicurata presenta ricorrenti crisi di cefalea, 2-3 volte alla settimana, "con elementi che suggeriscono una forma di transizione verso un cluster headache", cfr. doc. 66/16-17), dal dr. _____ nel suo referto del 15 marzo 2007 (nel quale il medico ha indicato che "dalla visita del 14 marzo 2007 risulta che la paziente ha praticamente degli attacchi di cefalea importanti della durata di 2-3 giorni almeno una volta a settimana che la costringono a prendere 2-4 pastiglie di Imigran con un'attenuazione dei dolori nessuna risoluzione completa", cfr. doc. 62-3) e dai medici della Clinica universitaria di _____ del 16 ottobre 2007 (nel quale gli specialisti hanno indicato che l'assicurata necessita di 1-3 iniezioni di Imigran alla settimana e di 2-3 spray di Imigran al giorno, cfr. doc. 74-4). Alla luce delle considerazioni del dr. _____, il TCA non può quindi condividere quanto riportato dal dr. _____ nello scritto del 10 giugno 2009, laddove il perito ha indicato che il dr. _____, nel suo referto peritale per il SAM, "non descrive una frequenza diversa delle crisi di cefalea da quelle descritte prima e dopo di lui, ma valuta in maniera diversa l'impatto che la cefalea ha a livello professionale" (doc. 122-1). Come visto, infatti, nel suo scritto del 14 aprile 2008, il dr. _____ ha espressamente riconosciuto che vi è stato un peggioramento delle crisi di cefalea dell'assicurata, con un'evoluzione graduale probabilmente già a partire dalla seconda metà del 2006 (cfr. doc. 89-6). Infine e soprattutto, il TCA rileva che, nonostante il dr. _____, nel suo scritto del 10 giugno 2009, abbia espressamente escluso che vi sia stato un peggioramento delle crisi di cefalea dell'interessata negli ultimi anni (cfr. doc. 122), il perito stesso ha tuttavia ammesso la presenza di un'incapacità lavorativa del 50% a partire dalla primavera del 2006, indicando espressamente che "questa frequenza delle cefalee riferite a mio avviso giustifica un'incapacità lavorativa del 50% già fin dal 1.3.2006" (doc. 122-1, sottolineatura della redattrice). Non a caso il dr. _____ del SMR, del resto, nelle sue annotazioni del 29 gennaio 2009, alla luce delle numerose crisi di emicrania piuttosto intense riscontrate dal dr. _____ in sede peritale, ha concluso che "lo stesso neurologo incaricato dall'UAI dr. _____ esprime comunque un peggioramento dello stato di salute" (doc. 112-1). Lo stesso dr. _____, del resto, nel suo referto peritale del 16 dicembre 2008, ha indicato la presenza "di una frequenza media di circa 3-4 giorni di emicrania alla settimana" e "in più vi sono da 1-3 crisi di cefalea a grappolo alla settimana", ammettendo che "si tratta di una frequenza riferita di crisi comunque lievemente superiore a quella riportata dal dr. med. _____ nel 2006" (cfr. doc. 109-12). Alla luce di quanto appena esposto, questo Tribunale ribadisce che - come già stabilito dal TCA nella precedente sentenza 32.2007.186 del 26 maggio 2008, cresciuta in giudicato (riguardo agli effetti di una sentenza di rinvio, cfr. consid. 2.2) - effettivamente le condizioni di salute dell'assicurata sono progressivamente peggiorate a partire dalla primavera del 2006. Tale peggioramento delle condizioni di salute, che ha portato l'incapacità lavorativa dell'interessata al 50%, a mente del TCA, applicando il criterio della verosimiglianza preponderante, caratteristico del settore della sicurezza sociale (cfr. DTF 125 V 195 consid. 2 e riferimenti; DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211), deve essere fatto risalire al mese di settembre 2006, visto che, come sopra esposto, il dr. _____ ha espressamente riconosciuto che il peggioramento dello stato di salute dell'interessata era in evoluzione a partire dalla seconda metà del 2006 (cfr. doc. 89-6). L'assicurata stessa, nello scritto del 18 giugno 2008, ha peraltro indicato che "non è vero che sono peggiorata solo nel 2007 perché già nella primavera 2006 le mie crisi erano aumentate ma non sono stata presa sul serio. Ho passato

un'estate orribile, sfinita dal male" (cfr. doc. C1). Per il periodo precedente (ossia dal momento della presentazione della seconda domanda di prestazioni, nel gennaio 2005), per contro, l'assicurata è da ritenere inabile al lavoro al 30%, conformemente a quanto valutato dai medici del SAM, come del resto già stabilito nella STCA 32.2007.186 del 26 maggio 2008, cresciuta in giudicato. In queste condizioni, questo Tribunale, constatato che l'assicurata presenta una capacità lavorativa residua del 50% nella sua precedente attività, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 50% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che l'incapacità lucrativa della ricorrente ammonta al 50% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008; STF 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009), percentuale che le dà diritto ad una mezza rendita di invalidità. Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C_444/2009 del 16 settembre 2009, nella quale il TF, confermando la precedente sentenza 32.2008.73 del 23 aprile 2009 del TCA, ha confermato il diritto ad una mezza rendita di invalidità per un assicurato, abile al lavoro al 50% sia nella sua attività, sia in altre; in una sentenza 9C_559/2009 del 18 dicembre 2009 per un'assicurata inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Pertanto, considerata l'inabilità lavorativa del 30% attestata dal dr. _____ e vista l'inabilità lavorativa del 50% a partire dal mese di settembre 2006, l'anno di carenza (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), applicando una media retrospettiva, è terminato nel mese di febbraio 2007 (l'assicurata avendo raggiunto la percentuale media di incapacità lavorativa del 40% alla fine di febbraio 2007, ossia dopo 6 mesi al 30% da marzo 2006 ad agosto 2006 e 6 mesi al 50% da settembre 2006 [data dell'esacerbazione della patologia neurologica] a febbraio 2007) (cfr. STF I 472/06 del 21 agosto 2007 con la quale l'Alta Corte ha confermato la STCA 32.2005.121 dell'11 aprile 2006). Inoltre, conformemente all'art. 88a cpv. 2 OAI, il peggioramento del grado di inabilità (dal 30% al 50%) può essere considerato, a livello di prestazione, unicamente a partire dal 1° giugno 2007 (cfr., al riguardo, STF I 472/06 del 21 agosto 2007 con la quale l'Alta Corte ha confermato la STCA 32.2005.121 dell'11 aprile 2006). La decisione impugnata va dunque modificata nel senso che l'assicurata ha diritto ad un quarto di rendita dal 1° marzo 2007 al 31 maggio 2007 e ad una mezza rendita di invalidità dal 1° giugno 2007 in poi.

2.9. Parzialmente v incante in causa, la ricorrente, rappresentata da un sindacato, ha diritto ad un'indennità per ripetibili ridotta (art. 61 lett. g LPGA). 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 200.-- in misura di fr. 150.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 50.-- che andrebbero posti a carico della ricorrente, la quale ha protestato spese e ripetibili (cfr. doc. I). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità

di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed., art. 13 della Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria del 3 giugno 2002 (Lag); Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). Nel caso in esame, l'assicurata si trova nel bisogno visto che, come emerge dagli atti, ella percepisce della prestazioni da parte della pubblica assistenza (cfr. doc. VIII e doc. C1). La ricorrente è quindi per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali (cfr. STF I 885/06 del 20 giugno 2007), riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse più tardi migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

E. 4

Sono anni che sto male e non sono mai stata presa sul serio da certe persone. Il problema è anche che non posso continuare a fare ricoveri e esami perché io lavoro al 50%, che per me è già una grandissima fatica, e se continuo a mancare va a finire che mi licenziano che forse era un bene perché così avrei potuto dimostrare tante cose ma nel frattempo dove andavo a prendere i soldi per vivere? Già prendo metà paga che è già poco, poi l'assistenza mi dà qualcosa ma è un vivere al limite e spesso se ho qualche imprevisto da pagare tipo riparazione auto non ho i soldi per mangiare e non è uno scherzo perché lo posso provare!

E. 5

Non è vero che sono peggiorata solo nel 2007 perché già nella primavera 2006 le mie crisi erano aumentate ma non sono stata presa sul serio. Ho passato un'estate orribile, sfinita dal male e infatti in dicembre 2006 ho dovuto essere ricoverata perché non ce la facevo più! Ho sempre cercato di andare a lavorare anche quando stavo male, anche con la febbre vado, sono una persona che sta a casa solo quando sta veramente malissimo e questo potete chiederlo alle persone che mi conoscono o al lavoro. È vero che forse il dottor _____ essendo il mio medico non può essere creduto, ma il fatto è che è l'unica persona che mi ha visto quando stavo bene e quando stavo male e ha visto la differenza nel viso ecc. per via dei gonfiori e vede subito se sto bene o male come d'altronde i miei amici che sanno e vedono subito come sto. Spero di avere notizie presto perché la mia situazione di salute e soldi è molto brutta e spero anche che non mi mandiate ancora una settimana o due a fare esami perché poi se perderò il lavoro sarà poi l'AI a darmi i soldi. Avrei tante cose da dire ma non so scrivere bene e poi faccio fatica perché sono stanca. Mi scuso per avere scritto a

mano ma non ho i soldi per comprare un PC e al lavoro non posso usarlo per cose personali. Spero stavolta di essere capita.” (Doc. C1) 2.7. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico

curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...)

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