

## **TI\_GERICHTE 32.2010.28 vom 28. Dezember 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-12-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.28](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.28)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.28 du 28 décembre 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.28 del 28 dicembre 2009

### **Regeste**

In sede di revisione l'UAI ha soppresso la rendita. Non confermato l'operato dell'amministrazione in quanto la patologia reumatologica non è stata sufficientemente approfondita. Rinvio

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2ter LAI secondo cui " Qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGa. Se inoltre svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2bis. In tal caso, occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg. Questa giurisprudenza è stata ribadita in una STF 9C 15/2007 del 25 luglio 2007 e in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. In particolare l'Alta Corte ha sviluppato le seguenti considerazioni: " 7.3 Anlässlich ihrer Sitzung vom 25. Juni 2007 gemäss Art. 23 Abs. 2 und 3 BGG haben die vereinigten sozialrechtlichen Abteilungen im vorliegend zu beurteilenden Fall die Grundsätze zur Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich (im Sinne des Art. 27 IVV [in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung]) wie folgt präzisiert: 7.3.1 Bei der Prüfung der Frage, ob die in den beiden Tätigkeitsbereichen vorhandenen Belastungen einander wechselseitig beeinflussen (können), ist namentlich deren unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die versicherte Person ist im

Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht gehalten, im Umfang ihrer noch vorhandenen Leistungsfähigkeit eine dem Leiden angepasste erwerbliche Tätigkeit auszuüben (vgl. Art. 28 Abs. 2ter IVG [eingefügt auf 1. Januar 2004] in Verbindung mit Art. 16 ATSG ; BGE130 V 97 E. 3.2 S. 99 mit Hinweisen), d.h. es ist ihr zumutbar, eine Beschäftigung zu wählen, bei der sich die gesundheitliche Beschränkung minimal auswirkt. Die erwerbliche Tätigkeit muss jedoch, entsprechend ihren jeweiligen Anforderungen, grundsätzlich allein ausgeführt werden. Bezogen auf die häuslichen Verrichtungen ist eine Wahl des Tätigkeitsgebietes demgegenüber nur beschränkt möglich, da die mit der Haushaltsführung einhergehenden Aufgaben als solche anfallen und erledigt werden müssen. Es besteht in diesem Bereich dafür eine grössere Freiheit in der zeitlichen Gestaltung der Arbeit und es ist den Familienangehörigen eine gewisse Mithilfe zuzumuten (vgl. E. 7.2 hievov), womit allenfalls vorhandene Einschränkungen abgefedert werden können. Schliesslich erscheint die Möglichkeit einer gegenseitigen Beeinflussung geringer, je komplementärer die Anforderungsprofile der Tätigkeitsgebiete ausgestaltet sind (beispielsweise Haushalt eher körperlich belastend, Erwerbstätigkeit eher intellektuell). Damit die sich durch die schlechte Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung berücksichtigt werden kann, muss sie folglich offenkundig und unvermeidbar sein (beispielsweise körperlich anstrengende Berufs- und Haushaltsarbeit oder psychisch belastende berufliche und familiäre Situation [kranker Partner, behindertes Kind etc.]). Von einer vermeidbaren Wechselwirkung ist demgegenüber nach dem G BGE 134 V 9 S. 13 esag ten auszugehen, wenn sie durch die - auf Grund der gesamten Umstände zumutbare - Wahl einer anderen Erwerbstätigkeit ausgeschlossen werden kann. 7.3.2 Wechselwirkungen sind nur dann zusätzlich zu berücksichtigen, wenn aus den Akten erhellt, dass die Arzt- und (Haushalts-) Abklärungsberichte nicht bereits in Kenntnis der im jeweils anderen Aufgabenbereich vorhandenen Belastungssituation erstellt worden sind, und konkrete Anhaltspunkte bestehen, dass eine wechselseitige Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne des in E. 7.3.1 hievov Dargelegten vorliegt, die in den vorhandenen Berichten nicht hinreichend gewürdigt worden ist. 7.3.3 Im hier massgeblichen Kontext beachtliche gesundheitliche Auswirkungen vom Erwerbs- in den Haushaltsbereich können nur angenommen werden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Tätigkeitsgebiet voll ausgenützt wird, d.h. der-für den Gesundheitsfall geltende-Erwerbsanteil die Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich übersteigt oder mit dieser identisch ist. 7.3.4 Ein allfälliges reduziertes Leistungsvermögen im erwerblichen Bereich infolge der Beanspruchung im Haushalt kann ferner lediglich für den Fall berücksichtigt werden, dass Betreuungspflichten (gegenüber Kindern, pflegebedürftigen Angehörigen etc.) vorhanden sind. Dies ergibt sich u.a. daraus, dass die Reduktion des zumutbaren erwerblichen Arbeitspensums, ohne dass die dadurch frei werdende Zeit für die Tätigkeit in einem Aufgabenbereich nach Art. 27 IVV (in der seit 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung) verwendet wird, für die Methode der Invaliditätsbemessung, d.h. für die Statusfrage, ohne Bedeutung ist. Wäre eine versicherte Person gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, vermindert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit (für Hobbys etc.) zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Allein stehende Personen werden bei einer freiwilligen Herabsetzung des Beschäftigungsgrades nicht gleichsam automatisch zu Teilerwerbstätigen mit einem Aufgabenbereich Haushalt neben der Berufsausübung ( BGE 131 V 51 E. 5.1.2 und 5.2 S. 53 f., je mit Hinweisen). Ist demnach eine Haushaltsführung ohne weiter gehende häusliche Obliegenheiten wie Betreuungsaufgaben etc. nicht in jedem Fall statusrelevant,

kann auch nicht von einer dadurch verursachten, IV-rechtlich abzugeltenden erheblichen Belastung im erwerblichen Bereich ausgegangen werden. 7.3.5 Allfällige Wechselwirkungen sind stets vom anteilmässig bedeutenderen zum weniger bedeutenderen Bereich zu berücksichtigen. Sind beide Bereiche mit 50 % zu veranschlagen, ist sie dort beachtlich, wo sie sich stärker auswirkt. Nicht möglich im hier zu beurteilenden Zusammenhang ist demgegenüber, dass Wechselwirkungen kumulativ in beide Richtungen ihren Niederschlag im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit im je anderen Tätigkeitsbereich finden, führte dies doch zu einer doppelten Gewichtung. 7.3.6 Das in der Erwerbsarbeit oder im häuslichen Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld reduzierte Leistungsvermögen kann sodann nur berücksichtigt werden, wenn es offenkundig ist und ein gewisses normales Mass überschreitet. Dessen Ermittlung hat stets auf Grund der konkreten Gegebenheiten im Einzelfall zu erfolgen. In Anlehnung an den so genannten leidensbedingten Abzug vom statistischen Lohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens von nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit mehr ausübenden Versicherten ( BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 mit Hinweisen), welcher unter Einbezug aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % begrenzt ist ( BGE 126 V 75 E. 5b/cc S. 80; AHI 2002 S. 69 ff., E. 4b/cc, I 82/01), erscheint vorliegend eine Limitierung der als erheblich anzusehenden Wechselwirkungen ebenfalls sachgerecht. Da invaliditätsfremde Aspekte, anders als beim erwähnten Leidensabzug, keine Rolle spielen, rechtfertigt sich jedoch ein niedrigerer, auf 15 ungewichtete Prozentpunkte festgesetzter Maximalansatz. 7.3.7 Eine Rückweisung an die Verwaltung zur näheren Abklärung ist schliesslich nur für den Fall angezeigt, dass das Endergebnis selbst bei Annahme einer entsprechend verringerten Leistungsfähigkeit im einen Tätigkeitsgebiet durch die Beanspruchung im anderen überhaupt beeinflusst würde." (DTF 134 V 12-14) Al riguardo il giudice federale S. Leuzinger-Naef nello studio "Die familienbezogene Rechtsprechung der sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts im Jahre 2007" in FamPra.ch 1/2009 pag. 112 seg. ha sviluppato le seguenti considerazioni: "

4. Invaliditätsbemessung Hier ist auf die neueste Rechtsprechung zur sogenannten gemischten Methode hinzuweisen, da sie hauptsächlich Anwendung findet auf Personen mit familiären Betreuungspflichten, die ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilzeitlich erwerbstätig und im Übrigen im Aufgabenbereich, insbesondere im Haushalt, tätig wären: Für den Erwerbsbereich wird das Erwerbseinkommen im Gesundheits- und im Krankheitsfall verglichen, für den Aufgabenbereich ist der Umfang der Behinderung im Aufgabenbereich massgeblich. Anschliessend werden die Invaliditätsgrade der beiden Bereiche im Verhältnis der beiden Tätigkeitsbereiche gewichtet. In BGE 125 V 146 war offengelassen worden, ob eine allfällige verminderte Leistungsfähigkeit im erwerblichen Bereich oder im Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen ist. Laut Urteil I 156/04 vom 13. Dezember 2005 sind die Arbeitsunfähigkeit sowie die noch zumutbaren Tätigkeiten in beiden Bereichen grundsätzlich gleichzeitig, unter Berücksichtigung allfälliger Wechselwirkungen, zu beurteilen. In BGE 134 V 9 wurden die Grundsätze der Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich präzisiert. So muss die sich aus der schlechten Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung offenkundig und unvermeidbar sein. Die Wechselwirkungen sind zudem nur dann gesondert zusätzlich zu berücksichtigen, wenn sie in den Arzt- und Haushaltsabklärungsberichten nicht bereits berücksichtigt wurden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Bereich voll ausgenutzt wird und wenn

Betreuungspflichten vorhanden sind (ansonsten gar keine im Aufgabenbereich vorliegt). Sie sind in jenem Bereich zu berücksichtigen, in dem sie sich stärker auswirken, und die Berücksichtigung ist auf (ungewichtet) 15 % beschränkt. Im Fall einer stark sehbehinderten Frau, die vollzeitlich als Telefonistin tätig gewesen war und nach der Geburt ihres Kindes ihre Erwerbstätigkeit auf 40% reduzieren wollte, diese Absicht aber nicht verwirklichen konnte, da sie wegen ihrer Sehbehinderung neben der familiären Mehrbelastung über keine Kapazitäten für die Ausübung der Berufstätigkeit verfügte, führten diese Präzisierungen zu einer Verneinung des Rentenanspruchs." 2.5. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, BG über die IV, Zurigo 1997, pag. 28, 30; Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pagg. 190s).

2.6. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni

cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un

disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico

(profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz 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). A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C\_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: " (...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il

ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." 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 I 873/05 del 19 maggio 2006) In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

2.8. Nell'evenienza concreta, l'assicurata ha beneficiato di una mezza rendita d'invalidità a partire dal 1° dicembre 2000, in quanto affetta, come risultava dal rapporto medico del 18 febbraio 2000 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche, da: “Oligo-poli(teno)sinovite/artrite di origine X con manifestazioni di tipo reumatismo palindromico (dal 1996): st.d.sinovite alle caviglia, tarso e metatarsofalangea a sinistra, polsi, AIFP2 e 4 e MCF4 a destra (04/99), St.d.borsite olecrani a destra, sinovite delle spalle (regione subacromiale), st.d.epicondiliti accompagnatorie e dolori sterno costali bassi a sinistra, cisti achillea a sinistra regredita (21.08.1998), attuale sinovite al polso sinistro > destro e >MCF 3 e 5 a destra, esacerbazioni perimestruali: DD: autoimmunopatia, probabilmente Lupus (ANA e anti DNA positività 10/99, tendenza leucopenica )/urticaria-vasculitis: - Acrocianosi delle mani - Linfonodi ascellari bilaterali dolorosi, pregressa tumefazione presternocleidomastoidea/sovracclavicolare a sinistra (sonografia negativa), inserzionite sternocleidonastoidea sinistra, st.d. dolori palpatori alla milza senza splenomegalia - Nodulo sottocutaneo distale esterno alla gamba destra, stato dopo nodosità pretibiale sinistra dd: pannicolosi/-ite/nodulo reumatoide - Disturbi fibromialgici accompagnatori intercorrenti: - Stato dopo trattamento di base con Salazopirina dal 06/98 al 07/98 e Plaquenil dal 08/98 al 09/98, sospesi per intolleranza cutanea Atopia, liberazione inappropriata di istamina, st.d.urticaria ed episodi asmatici Carenza di Acido Folico sostituita. Ernia iatale assiale con malattia da reflusso gastroesofageo, antrite (gastroscopia 05.05.1999), stato dopo HP+, ora – Disturbi neurovegetativi in paziente emotiva, colon spastico Stato dopo colecistectomia per colecistite cronica (11/95) Stato dopo aritmia nel 1988 Stato dopo reumatismo postinfluenzale 1965 Stato dopo tonsillectomia” (doc. AI 4-1/2). Il medico curante aveva ritenuto l'assicurata inabile al lavoro al 100% dal 18 giugno 1998 al 19 ottobre 1998, al 50% dal 20 ottobre 1998 al 31 marzo 1999, al 25% dal 1° aprile 1999 al 30 novembre 1999, al 50% dal 1° dicembre 1999 al 18 gennaio 2000 e al 40% dal 19 gennaio 2000 (doc. AI 5-1), e poi al 50% dal 13 novembre 2000 (doc. AI 16-3). In sede di inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 6 luglio 2001 l'assistente sociale aveva stabilito una limitazione complessiva del 61% (doc. AI 14-7). Sulla base di queste conclusioni, l'Ufficio AI, con decisione del 14 novembre 2001, aveva attribuito all'assicurata una mezza rendita d'invalidità dal 1° dicembre 2000 (doc. AI 18-1). Avviata nel mese di agosto 2006 una procedura di revisione l'UAI, sulla base delle conclusioni della perizia SAM del 21 dicembre 2007 e dopo aver considerato RI 1 salariata al 100%, l'aveva ritenuta abile al lavoro al 60% nell'attività di venditrice, e all'80% in attività adeguate. L'amministrazione ha così soppresso la mezza rendita AI erogata all'assicurata non essendo più pensionabile il grado d'invalidità (28%).

2.9. Al considerando precedente sono state esposte le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione all'assicurata, a partire dal 1° dicembre 2000, di una mezza rendita di invalidità, (decisione del 14 novembre 2001, cresciuta incontestata in giudicato). In tale contesto, va rilevato che il TCA deve situarsi al mese di dicembre 2009 (momento in cui è

stata emanata la decisione impugnata) e valutare se, nel frattempo (dal 14 novembre 2001 al 28 dicembre 2009), le condizioni di salute dell'assicurata sono rimaste tali da giustificare un grado di invalidità del 61%, con conseguente attribuzione di una mezza rendita di invalidità o se vi è stato, al contrario, un miglioramento delle stesse giustificante la soppressione della rendita a lei attribuita.

2.10. 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 del 14 novembre 2001. Questa decisione è stata presa fondandosi, per quanto riguarda l'aspetto medico, sui rapporti del medico curante, Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche (doc. AI 4-1; 5-1). Si tratta quindi di verificare se, da allora, è intervenuto un importante cambiamento.

2.11. L'UAI, nell'ambito della revisione avviata nel mese di agosto 2006, ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare (doc. AI 41-1; 42-1). In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr.ssa \_\_\_\_\_), quella reumatologica (Dr. \_\_\_\_\_) e infine quella cardiologica (Dr. \_\_\_\_\_). Dal profilo della patologia psichiatrica, la Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in psichiatria, nel referto del 14 ottobre 2007, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e lo stato psichico, ha posto la diagnosi di "Sindrome mista ansioso■depressiva (ICD 10,F 41.2). Vaghi contenuti, non ben strutturati di ansia situazionale". La specialista ha, quindi, concluso come segue: " (...) 5 CONCLUSIONI: La signora ha avuto una vita difficile ma, nonostante l'espressione di un disagio emotivo a impronta mista ansioso■depressiva, ella si mostra complessivamente capace di reagire, di risignificare anche con l'aiuto del Dr \_\_\_\_\_, di motivarsi a una cura che è per lei sinonimo di possibilità di procedere, di vivere e non solo di sopravvivere. Il disagio espresso dall'assicurata non ha ripercussioni sulla capacità lavorativa, motivo per cui ella appare capace lavorativamente per i solo motivi di interesse psichiatrico al 100%. 6 Influenza della diagnosi psichiatrica sulla capacità di lavoro nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a? Vedi "conclusioni" 7 Evoluzione dello stato di salute dell'assicurato/a dal punto di vista psichiatrico e prognosi a medio■lungo termine. Progressivamente più capace di comprendersi e di usare il suo insight per procedere e sostenersi nei fatti di vita. 8 Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Vedi conclusioni. 9 Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Nessuna 10 Ritene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale presso questo assicurato? Descrivere le residue risorse Non li ritengo utili al momento. 11 Ritene che l'assicurato sia capace di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali della capacità lavorativa in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento) Ritengo che il soggetto sia in grado di effettuare l'ultima attività lavorativa svolta e tutte le altre attività teoricamente esigibili, compatibili con livello culturale, età, quadro fisico e attitudini personali nella percentuale del 100%. Abile al 100% anche nell'attività di casalinga" (doc. AI 45-43+44). Dal profilo della patologia neurologica, il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, nella perizia datata 16 ottobre 2007, ha illustrato l'anamnesi, lo stato neurologico e posto la diagnosi di "Emicrania senza aura". Il Dr. \_\_\_\_\_ ha così risposto alle domande dell'Ufficio AI: " (...) 2. Influenza di queste ultime sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a (precisare se possibile le ore al

giorno o la riduzione del rendimento sul lavoro). Dal punto di vista neurologico non vi è diminuzione della capacità lavorativa. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato/a dal suo punto di vista specialistico riguardo alle problematiche segnalate agli atti e la prognosi a medio lungo termine. Vedi anamnesi. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Non vi è diminuzione della capacità lavorativa dal punto di vista neurologico. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'A.? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Qualora le cefalee dovessero divenire più frequenti si potrà tentare con una cura profilattica per l'emicrania, attualmente non indicata. 6. Ritieni possibile effettuare provvedimenti d'integrazione professionale presso quest'A.? Descrivere le risorse di cui l'assicurato/a ancora dispone. Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico. 7. Ritieni che l'assicurato/a sia in grado di svolgere altre attività? Se sì, descrivere i limiti funzionali e la capacità lavorativa in tale attività adatta (ore/die o riduzione del rendimento). Sì, senza limitazioni dal punto di vista neurologico. 8. Per assicurati di sesso femminile: in che misura l'A. può svolgere l'attività di casalinga (descrivere i limiti funzionali). In misura completa (doc. AI 45-39+40). Dal profilo della patologia cardiologica, il Dr. \_\_\_\_\_, Capo-Servizio di cardiologia ed angiologia all'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, nel rapporto peritale del

#### **E. 29**

ottobre 2007, ha posto la seguente diagnosi: " (...) Valutazione: 1. Diagnosi dal punto di vista cardiologico . 1. Dolori toracici di origine verosimilmente muscolo■scheletrica. 2. Episodi di malesseri verosimilmente legati a crisi di panico/ iperventilazione. 3. Vertigini di causa non cardiaca (...) 2. Influenza delle patologie cardiocircolatorie sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta dell'A. L'A. è di formazione venditrice ma in effetti riveste il ruolo di casalinga. Dal lato strettamente cardiocircolatorio non vi sono limitazioni allo svolgimento dell'attività di casalinga che è possibile pertanto al 100%. 3. Descrivere l'evoluzione dello stato di salute dell'A. dal punto di vista cardiologico riguardo alle problematiche segnalate agli atti e la prognosi a medio■lungo termine. Per quanto riguarda l'evoluzione vedi sotto punto 1. Sulla base dei dati attuali la prognosi cardiocircolatoria a medio■lungo termine è buona. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa, quali sono le limitazioni funzionali constatate? Dal lato cardiovascolare non si giustifica allo stato attuale una diminuzione della capacità nell'attività di casalinga. Funzionalmente non si sono constatate limitazioni con in particolare una capacità da sforzo su cicloergometro oggettivamente normale. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa e che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Dal lato cardiocircolatorio la capacità lavorativa nell'attività di casalinga è già del 100%. Dal lato invece medico■cardiologico come ho suggerito al punto 1. farei ancora una scintigrafia miocardica per confermare l'assenza di ischemia e pertanto rassicurate definitivamente la paziente riguardo i dolori toracici nonché un monitoraggio del ritmo cardiaco durante uno degli episodi di malessere per confermare l'assenza di aritmie quali cause di detti malesseri. Sulla base dei dati attuali la probabilità di una malattia coronarica risulta bassa come pure bassa risulta la probabilità di una tachiaritmia all'origine dei malesseri (vedi discussione al punto 1.). Se queste indagini mostrassero invece degli elementi patologici nel senso o di un'ischemia miocardica o di un'aritmia allora la situazione andrebbe rivalutata sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. 6. Ritieni possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale presso questa A., descrivere le risorse di cui l'A. ancora dispone. È possibile effettuare

provvedimenti di integrazione professionale. Allo stato attuale l'A. dispone di risorse per lo svolgimento di attività professionali con sforzi fisici di grado leggero a moderato, senza attività pericolose e senza guida professionale. 7. Ritiene che l'assicurato sia in grado di svolgere altre attività se si descrivono i limiti funzionali e la capacità lavorativa in tale attività adatta. Dal punto di vista cardiocircolatorio l'assicurata è in grado di svolgere altre attività. Allo stato attuale è da considerarsi idonea allo svolgimento di attività professionali con impegno fisico leggero a moderato e questo anche al 100%. Per attività professionali che richiedono invece sforzi fisici pesanti, prima di giudicarla idonea, è necessario come suggerito al punto 1. confermare l'assenza di ischemia miocardica per esempio tramite scintigrafia da sforzo e stabilire l'assenza di aritmie all'origine dei malesseri presentati. Stesse restrizioni si pongono per attività prevalentemente pericolose dove servirebbe confermare l'assenza di ischemia miocardica e l'assenza di aritmia all'origine dei malesseri. Per la guida professionale sarebbe pure da escludere delle aritmie all'origine dei malesseri prima di renderla idonea. Da notare comunque che sia per attività pericolose che per guida professionale le vertigini ricorrenti legate ai cambiamenti di posizione della testa che presenta sono in ogni caso un fattore di non idoneità. 8. Per A. di sesso femminile in che misura l'A. può svolgere l'attività di casalinga? Come menzionato al punto 2. allo stato attuale non vi sono limitazioni dal lato cardiaco allo svolgimento dell'attività di casalinga. In conclusione allo stato attuale la paziente non presenta un'affezione cardiaca manifesta ma dei disturbi legati verosimilmente ad un'origine muscolo-scheletrico-toracica e gli episodi di malessere verosimilmente di tipo iperventilazione/panico. Ho suggerito di completare le indagini cardiache tramite scintigrafia miocardica (confermare l'assenza di ischemia miocardica) e monitoraggio del ritmo cardiaco durante un episodio di malessere (confermare l'assenza di aritmie). Indipendentemente da questo complemento di indagini, per l'attività di casalinga allo stato attuale va considerata dal lato cardiologico abile al 100%. Altresì abile al 100% sarebbe teoricamente per attività professionali con impegno fisico leggero a moderato. Se fosse contemplata un'attività professionale con impegno fisico pesante o attività pericolose o guida professionale sarebbe invece necessario confermare l'assenza di ischemia miocardica e l'assenza di aritmie come ho precedentemente suggerito. Dal profilo della patologia reumatologica, il Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, nella perizia del 7 novembre 2007, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e quelli oggettivi, ha posto la diagnosi di “- fibromialgia. - oligopolitenosinovite, artrite di origine non classificabile a carattere intercorrente”. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi esposto le seguenti considerazioni: “(...) 5. Grado di capacità di lavoro in % nell'esercizio dell'attività lucrativa o dell'attività abituale svolta prima dell'insorgenza del danno alla salute Si tratta di una paziente che beneficia di una rendita d'invalidità al 50% per un'incapacità lavorativa nell'attività professionale svolta fino ad ora di casalinga del 61 % determinata a partire dal 1.12.2000. La situazione è da considerarsi sostanzialmente stabile secondo la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ che ha in cura la paziente, come riferito nei suoi rapporti per l'assicurazione invalidità in particolar modo in data 06.09.2006. La paziente ha presentato a partire dall'anno 1995 dei dolori articolari e tendinotici associati anche a dei gonfiori a carattere altalenante. Una diagnosi precisa non ha potuto essere posta fino al momento attuale. Gli accertamenti immunologici hanno dimostrato unicamente un rialzo dei anticorpi antinucleari. Per questo motivo il collega reumatologo dr.med. \_\_\_\_\_ aveva posto il sospetto di una forma lupica. La malattia reumatica infiammatoria ha mostrato in ogni caso un'evoluzione da considerarsi molto favorevole. Alla visita attuale non si hanno reperti clinici né per una sinovite né per una

forma di artrite né per deformazioni articolari dettate da una malattia reumatica infiammatoria sistemica. Le indagini radiologiche da me effettuate a livello delle mani non mostrano patologie di tipo erosivo. Non vi sono neanche alterazioni significative di tipo degenerativo. Il decorso è stato caratterizzato dal subentrare di una sindrome dolorosa cronica che ha sopraffatto la problematica infiammatoria. Questo soprattutto per quanto riguarda la sintomatologia dolorosa accusata dalla paziente. Si tratta di una problematica di reumatismo delle parti molli con tendenza alla generalizzazione, nonché allo sviluppo di una sindrome somatoforme con manifestazione clinica a carattere fibromialgico. Anche l'incremento dei disturbi in relazione con il ciclo mestruale e la buona risposta ad una terapia ormonale parla per questa diagnosi. Attualmente sono presenti clinicamente tutti i tender points necessari per questa diagnosi. La paziente ha presentato nel decorso anche diversi disturbi funzionali. Vi sono inoltre disturbi del sonno, una cefalea piuttosto cronica, una stanchezza cronica, un affaticamento rapido che ben si associano ad una malattia a carattere fibromialgico. A questo proposito è da segnalare anche il fatto che la paziente è in cura psichiatrica per una problematica depressiva e trae un giovamento dalle terapie psichiatriche instaurate in particolar modo dalla ipnosi con riduzione dei dolori e dei gonfiori. L'evoluzione di queste patologie è quindi da rivalutare nel senso di un incremento della sintomatologia dolorosa con predominanza durante il periodo del ciclo mestruale riferibile ad una manifestazione fibromialgica, mentre le problematiche infiammatorie articolari sono andate preogredientemente scemando e non hanno portato in ogni caso ad alterazioni cliniche e radiologiche. Le limitazioni funzionali sono quindi dettate principalmente dalla sintomatologia dolorosa fibromialgica e non da alterazioni infiammatorie articolari o perarticolari rilevanti. Vi sono limitazioni nello svolgere attività lavorative pesanti in particolar modo utilizzando le braccia e le mani con lavori ripetitivi e monotoni, soprattutto se eseguiti contro resistenza. Limitazioni anche nello svolgere attività prevalentemente in piedi, nell'alzare dei pesi o nel mantenere delle posizioni statiche con la colonna vertebrale. Tenendo in considerazione le patologie di cui la paziente soffre, il decorso della malattia e le limitazioni che ne derivano, ritengo che nell'attività svolta finora di casalinga essa presenti un'incapacità lavorativa del 40%. Tenendo conto anche del fatto che si tratta attualmente di un'economia domestica di due persone. Oltre alla paziente vi è ancora un figlio adulto che vive con lei e può quindi aiutarla nei lavori più pesanti. Per l'attività di amministratrice la paziente è abile al lavoro al 100%. In un'attività lavorativa adatta, che tenga in considerazione le limitazioni sopra elencate, la paziente presenta un'incapacità lavorativa del 20% da riferire ad una riduzione della redditività e alla necessità a seconda dei dolori di pause prolungate (doc. AI 45-36+37). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale 21 dicembre 2007 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “Fibromialgia. Oligo politenosinovite, artrite di origine non classificabile a carattere intercorrente”. Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno posto quella di “Emicrania senza aura. Dolori toracici di origine verosimilmente muscolo-scheletrica. Episodi di malesseri verosimilmente legati a crisi di panico/iperventilazione. Vertigini di causa non cardiaca. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10, F 41.2). Vaghi contenuti, non ben strutturati di ansia situazionale” (doc. AI 45-16/17) Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 60% sia quale casalinga che nella precedente attività di venditrice, mentre in un'attività lavorativa

adeguata l'abilità è dell'80% (doc. AI 45-21/22). In sede di osservazioni al progetto di decisione del 15 luglio 2009, l'Ufficio AI ha predisposto un ulteriore accertamento medico presso il Dr. \_\_\_\_\_, il quale nella perizia del 10 novembre 2009 ha illustrato l'anamnesi, i dati soggettivi, quelli oggettivi e posto la seguente diagnosi e valutazione: "(...) 4. Diagnosi reumatologiche 4.1 Con ripercussione sulla capacità lavorativa - Oligo■politenosinovite, artrite di origine non classificabile a carattere intercorrente. 4.2 Senza ripercussione sulla capacità lavorativa - Fibromialgia. 5. Grado di capacità di lavoro in % nell'esercizio dell'attività lucrativa o dell'attività abituale svolta prima dell'insorgenza del danno alla salute Ho rivisto la vostra summenzionata assicurata a distanza di 2 anni dalla mia prima valutazione, che si rifà al 16.10.2007. Il decorso è stato caratterizzato da un incremento della sintomatologia dolorosa in generale e dal manifestarsi di episodi particolarmente dolorosi, secondo la paziente associati a dei gonfiori e a delle sinoviti sempre più intensi in questi ultimi due anni. Si riscontra poi, nell'anamnesi, anche una problematica di disturbi gastro■intestinali, che durante questi ultimi due anni sono stati indagati con diagnosi di un colon spastico. L'evoluzione è quindi tipica per un quadro a carattere fibromialgico. Dal punto di vista clinico la paziente presenta tutti i tender points per questa diagnosi. Per quanto riguarda la malattia reumatica infiammatoria, in questi due anni non si sono evidenziate delle alterazioni significative. In particolare non vi sono sinoviti croniche o versamenti articolari da essere punzionati. All'esame clinico attuale la paziente non presenta nessuna sinovite. Essa segnala un gonfiore diffuso alle mani, ma a questo livello il perito non riscontra nessun reperto per una sinovite attualmente in atto. Dal punto di vista radiologico non ho evidenziato nessun segno di tipo erosivo o distruttivo articolare alle mani. La funzionalità delle articolazioni è mantenuta. Prevale la problematica dolorosa. In questi due anni il dr.med. \_\_\_\_\_, reumatologo, non ha ritenuto indicato trattare la paziente con degli immunosoppressivi o con delle terapie medicamentose di base, che vengono introdotte nell'ambito di una malattia di tipo reumatico infiammatorio o a carattere sistemico, aggressiva e cronica. Attualmente la terapia è quella di 1 past. di Algifor 400 forte (Iboprofene). Nel caso in cui i disturbi sono particolarmente acuti, viene aumentata a 3 volte 1 past. al giorno. Alle volte il dr. \_\_\_\_\_ inserisce anche dei corticosteroidi. Assume inoltre dello Zaldiar 1 past. giornaliera, che comunque non sopporta particolarmente bene. Dobbiamo quindi ritenere che questa malattia reumatica a carattere infiammatorio non abbia provocato delle limitazioni funzionali significative, delle distruzioni articolari, o delle lesioni all'apparato muscolo■scheletrico tali da giustificare delle sostanziali limitazioni delle attività professionali. Si tratta di un'evoluzione e di un decorso, per quanto riguarda una malattia reumatica infiammatoria a carattere sistemico iniziata nel 1996, da considerare estremamente favorevole, blando e non aggressivo. Per quanto riguarda la malattia fibromialgica, questa sostanzialmente non è portatrice di limitazioni. Tenendo quindi in considerazione questi reperti e il decorso in questi ultimi 2 anni, ritengo che non vi sono delle modifiche per quanto riguarda la mia valutazione dell'anno 2007. Ritengo pertanto la paziente limitata in attività lavorative particolarmente pesanti, nelle quali debba sottoporre le articolazioni a degli sforzi sostanziali. Vi sono delle limitazioni ai movimenti ripetitivi con le braccia, oppure ai movimenti nei quali deve inginocchiarsi o in attività nelle quali deve prevalentemente alzare pesi significativi o lavorare in posizioni non ergonomiche per la colonna vertebrale. In questo senso la ritengo, come nell'anno 2007, inabile al lavoro per quanto riguarda l'attività svolta di casalinga al 40%. Per quanto riguarda un'attività lavorativa come quella di venditrice, pure nella forma del 40%. Per quanto riguarda un'attività lavorativa adatta, che tenga in considerazione le

limitazioni sopraelencate e da considerare leggera, in particolare che non sottoponga le articolazioni delle estremità superiori ed inferiori a dei carichi particolari o a dei movimenti ripetitivi e continui, nella forma del 20% Questo tenendo in considerazione una diminuita redditività sul posto di lavoro e la necessità di pause prolungate. Per quanto riguarda l'attività di amministratrice di un immobile, la paziente è abile nella forma completa. 6. Possibilità di miglioramento delle condizioni di salute Non penso che si possano ottenere dei miglioramenti sostanziali della sintomatologia dolorosa e quindi dei disturbi che la paziente accusa. Le terapie medicamentose attualmente in atto sono sufficienti per controllare la malattia infiammatoria, come peraltro dimostrato dal decorso. (doc. AI 59-6+7+8). 2.12. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi

specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203

e segg. (249-254). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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 psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.13. Nell'ambito della decisione del 14 novembre 2001 l'assicurata, all'epoca sposata con \_\_\_\_\_ e madre di due figli \_\_\_\_\_ (del 1979) e \_\_\_\_\_ (del 1982) era stata valutata come casalinga al 100%. Dall'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 16 luglio 2001 emergeva che l'assicurata "è sempre stata attiva unicamente come casalinga" (doc. AI 14-2). In data 15 dicembre 2006 l'Ufficio AI ha fatto richiesta all'assicurata di copia della sentenza di divorzio e della convenzione alimentare stipulata. L'amministrazione ha quindi chiesto all'assicurata se, in assenza del danno alla salute, avrebbe ripreso ad esercitare un'attività lucrativa ed in che misura (doc. AI 30-1). Il rappresentante della ricorrente con scritto del 4 gennaio 2007 ha inviato copia della documentazione richiesta e precisato che l'assicurata non percepisce alcun contributo alimentare dal precedente marito e "in condizioni di salute normali essa avrebbe sicuramente svolto un'attività lavorativa" (doc. AI 31-1). L'UAI ha dunque rettamente considerato l'insorgente salariata al 100% e quest'ultima non ha mai contestato tale circostanza (cfr. doc. I). 2.14. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'UAI prima dell'emissione della decisione qui impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, questo TCA non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica reumatologica non è stata chiarita in modo soddisfacente. 2.14.1. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame psichiatrico, grazie al consulto specialistico della Dr.ssa \_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in psichiatria, che nel referto del 14 ottobre 2007 ha diagnosticato una "Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10,F 41.2). Vaghi contenuti, non ben strutturati di ansia situazionale". La specialista ha quindi ritenuto RI 1 in grado di effettuare l'ultima attività lavorativa svolta e tutte le altre attività teoricamente esigibili, compatibili con livello culturale, età, quadro fisico e attitudini personali nella percentuale del 100% (doc. AI 45-43/44). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. 2.14.2 Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame neurologico, grazie

al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, il quale nella perizia del 16 ottobre 2007, ha posto la diagnosi di “Emicrania senza aura” e rilevato che dal punto di vista neurologico non vi è diminuzione della capacità lavorativa (doc. AI 45-39/40). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessata. 2.14.3 Nell’ambito della perizia SAM, l’assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame cardiologico, grazie al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, Capo-Servizio di cardiologia ed angiologia all’Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, che nella perizia del 29 ottobre 2007, ha posto la diagnosi di “Dolori toracici di origine verosimilmente muscolo■scheletrica. Episodi di malesseri verosimilmente legati a crisi di panico/ iperventilazione. Vertigini di causa non cardiaca” (doc. AI 45-25). Per quanto riguarda la capacità lavorativa secondo il Dr. \_\_\_\_\_ l’assicurata è in grado di svolgere l’attività di casalinga e attività professionali con impegno fisico leggero a moderato, in misura piena (100%). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessata. 2.14.4 Nell’ambito della perizia SAM, l’assicurata è stata quindi sottoposta ad un primo accurato esame reumatologico, grazie al consulto specialistico del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale nel referto del 7 novembre 2007 ha posto la diagnosi di “ fibromialgia e oligo-politenosinovite, artrite non classificabile a carattere intercorrente ”. Secondo il perito la malattia reumatica infiammatoria ha mostrato un’evoluzione da considerarsi molto favorevole e al momento della visita (del 16 ottobre 2007) non vi erano reperti clinici né per una sinovite né per una forma di artrite né per deformazioni articolari dettate da una malattia reumatica infiammatoria sistemica. Il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi indicato che “ Il decorso è stato caratterizzato dal subentrare di una sindrome dolorosa cronica che ha sopraffatto la problematica infiammatoria ”. La sintomatologia dolorosa è quindi da ricondurre ad una problematica di reumatismo delle parti molli con tendenza alla generalizzazione, nonché allo sviluppo di una sindrome somatoforme con manifestazione clinica a carattere fibromialgico (doc. AI 45-36). L’evoluzione delle patologie di cui soffre l’assicurata è – secondo il perito - da rivalutare “ nel senso di un incremento della sintomatologia dolorosa con predominanza durante il periodo del ciclo mestruale riferibile ad una manifestazione fibromialgica, mentre le problematiche infiammatorie articolari sono andate preogredientemente scemando e non hanno portato in ogni caso ad alterazioni cliniche e radiologiche. Le limitazioni funzionali sono quindi dettate principalmente dalla sintomatologia dolorosa fibromialgica e non da alterazioni infiammatorie articolari o perarticolari rilevanti ” (doc. AI 45-36). In merito alla capacità lavorativa il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che l’insorgente è abile al lavoro al 100% nell’attività di amministratrice di immobili. Come casalinga l’incapacità lavorativa è del 40%, mentre in un’attività adeguata è del 20% (doc. AI 45-37). Nel referto del 10 novembre 2009 il Dr. \_\_\_\_\_ ha invece posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di oligo-politenosinovite e artrite di origine non classificabile a carattere intercorrente, mentre quale diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa, quella di fibromialgia (doc. AI 59-6). Il medico ha rilevato che l’evoluzione è tipica per un quadro a carattere fibromialgico. La malattia reumatica a carattere infiammatorio non ha provocato delle limitazioni funzionali significative, delle distruzioni articolari o delle lesioni dell’apparato muscolo-scheletrico tali da giustificare delle sostanziali limitazioni delle attività professionali (doc. AI 59-7). La

malattia reumatica infiammatoria a carattere sistemico ha avuto un'evoluzione e un decorso estremamente favorevole, blando e non aggressivo. Mentre la fibromialgia non è portatrice di limitazioni (doc. AI 59-7). Il Dr. \_\_\_\_\_ non ha quindi riscontrato modifiche in relazione alla precedente valutazione del 2007 e ha fissato un'inabilità del 40% quale casalinga e in quella di venditrice, mentre in attività adeguata l'inabilità del 20% (doc. AI 59-7). Sulla base di questi referti l'UAI ha ritenuto l'assicurata abile all'80% in attività adeguate e calcolato un grado d'invalidità del 28% giustificante la soppressione della rendita in via di revisione (doc. AI 68-1). Il TCA ritiene che non è possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato di salute dell'assicurata abbia subito un miglioramento nel periodo che va dalla decisione del 14 novembre 2001 alla decisione di revisione del 28 dicembre 2009. Nel rapporto medico del 18 febbraio 2000 e in quello del 3 marzo 2000 del Dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e malattie reumatiche, alla base della decisione dell'UAI del 14 novembre 2001, era stata infatti posta una diagnosi in parte sovrapponibile a quella del Dr. \_\_\_\_\_ (cfr. referti peritali del 7 novembre 2007 e del 10 novembre 2009, doc. AI 45-29; 59-1). Il medico curante aveva diagnosticato sia la patologia fibromialgica che l'oligo politenosinovite (doc. AI 4-1). Nel rapporto di decorso del 1° settembre 2006 il Dr. \_\_\_\_\_ ha quindi riferito all'UAI che lo stato di salute era stazionario, che le diagnosi non erano state modificate e che la situazione era globalmente stabile (doc. AI 26-1). Poi in sede di osservazioni al progetto di decisione del 15 luglio 2009 il Dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso: "Così richiestomi certifico che la paziente in epigrafe, che conosco dal 1997, presenta ricorrenti poliartralgie in crisi algiche di alcuni giorni con caratteristiche infiammatorie le quali, pure in assenza di spiccata sindrome bioumorale infiammatoria (comunque VS variabili fra 5 e 23) e nonostante le incostanti e discrete tumefazioni articolari, vista anche la pregressa elevazione degli ANA (2005), evocano la possibilità di oligo-/politenosinoviti/artriti ricorrenti nel contesto di autoimmunopatia indifferenziata e/o di un reumatismo palindromico. È pertanto verosimile che la paziente non abbia presentato sinoviti durante la visita specialistica reumatologica effettuata a livello peritale (SAM), benché negli ultimi tempi le crisi infiammatorie/articolari si manifestino in modo ricorrente con frequenza superiore sovrapponendosi a dolori cronici con caratteristiche somatoformi di carattere fibromialgico noto. Durante le crisi algiche la paziente è nettamente limitata nell'esecuzione delle sue abituali attività. Alla luce di quanto sopra e per correttezza, prego di rivalutare la situazione in merito alla decisione di soppressione completa della rendita" (doc. AI 54-3). Nella perizia del 7 novembre 2007 il Dr. \_\_\_\_\_ ha riferito la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_: "La situazione è da considerarsi sostanzialmente stabile secondo la valutazione del Dr. \_\_\_\_\_ che ha in cura la paziente" (doc. AI 45-36). Il perito ha quindi esposto la propria valutazione evidenziando l'incremento della sintomatologia dolorosa della patologia fibromialgica, mentre le problematiche infiammatorie articolari "sono andate preogredientemente scemando". Le limitazioni funzionali sarebbero quindi dettate principalmente dalla sintomatologia dolorosa fibromialgica e non da alterazioni infiammatorie articolari o perarticolari rilevanti (doc. AI 45-36). Per contro, nella perizia del 10 novembre 2009 il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che la patologia fibromialgica non è portatrice di limitazioni (doc. AI 59-7). In merito alla capacità lavorativa residua il Dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che RI 1 è inabile come casalinga al 40%, mentre in un'attività adeguata l'inabilità è del 20% (doc. AI 45-37). Questa valutazione è sovrapponibile a quella del medico curante del 3 marzo 2000 quando fissava un'incapacità al lavoro del 40% a partire dal 19 gennaio 2000 nell'attività di casalinga (doc. AI 5-1), poi

umentata al 50% dal 13 novembre 2000 (doc. AI 16-3). Tutto ben considerato dunque questo Tribunale ritiene che, sulla sola base degli atti di causa e senza gli ulteriori accertamenti medici necessari, l'Ufficio AI non poteva concludere, con la sufficiente tranquillità, per un miglioramento dello stato di salute dell'assicurata e, conseguentemente, sopprimere il diritto alla mezza rendita. La decisione impugnata va dunque annullata e gli atti rinviati all'Ufficio AI affinché appuri se effettivamente è subentrato un miglioramento dello stato di salute da un punto di vista reumatologico. 2.15. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronunzia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va dunque annullata e l'incanto retrocesso all'amministrazione. L'UAI dovrà interpellare un altro perito reumatologo al fine di stabilire se vi è stato oggettivamente un miglioramento dello stato di salute reumatologico rispetto a quanto stabilito nella decisione del 14 novembre 2001. In caso di risposta positiva lo specialista dovrà descrivere minuziosamente in cosa è consistito questo miglioramento. Una volta accertato quanto sopra i periti del SAM dovranno nuovamente valutare la situazione e l'UAI emettere una nuova decisione. In particolare l'UAI dovrà escludere che si tratta semplicemente di una diversa valutazione. In tale contesto il Tribunale Federale, nella sentenza 9C\_1033/2008 del 15 gennaio 2010, non ha approvato l'operato del TCA, il quale aveva parzialmente confermato la decisione amministrativa che aveva soppresso la rendita all'assicurato dopo aver constatato un miglioramento dello stato di salute, sulla base delle seguenti considerazioni: "(...) 5.2 Contrariamente a quanto ritenuto dalla Corte cantonale, non si può sostenibilmente affermare che lo stato di salute dell'assicurato abbia subito un miglioramento nel periodo che va dalla decisione del 14 novembre 2005 alla decisione di revisione del 5 luglio 2007. Al contrario, dal semplice

confronto dei due rapporti del dott. B. \_\_\_\_\_, sui quali si è fondato il giudizio dell'amministrazione per rivedere il diritto alla prestazione, risulta chiaramente che lo stato di salute è rimasto sostanzialmente invariato e stazionario. In tali condizioni, la valutazione alla base della decisione di revisione dell'UAI costituiva chiaramente un nuovo apprezzamento di una fattispecie sostanzialmente rimasta invariata, che in quanto tale non poteva rappresentare un motivo di revisione. L'amministrazione non poteva di conseguenza validamente prevalersi dell'istituto della revisione per tornare su una decisione (quella del 14 novembre 2005) che peraltro, vale la pena ricordare, per quanto accertato dalla Corte cantonale, anziché fondarsi su una valutazione specialistica, era stata rilasciata sulla base del parere espresso dal dott. A. \_\_\_\_\_ in virtù di quanto indicato nel mese di gennaio 2005 dal medico curante, dott. S. \_\_\_\_\_. Né sarebbero del resto realizzate le condizioni per procedere a una riconsiderazione del provvedimento ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA (Müller, op. cit., pag. 135). 2.16. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dall'avv. RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF del 5 settembre 2007 nella causa V., K 63/06 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2). 2.17. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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