

TI_GERICHTE 32.2010.292 vom 16. September 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-09-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.292

FR: TI_GERICHTE 32.2010.292 du 16 septembre 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.292 del 16 settembre 2010

Regeste

Rinvio atti all'UAI per nuovi accertamenti di natura psichiatrica. Alla luce delle importanti divergenze tra la valutazione del perito e quella del medico curante si giustifica un ulteriore approfondimento

Erwägungen

E. 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.

E. 5

Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'A.? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Nessuna proposta terapeutica dal punto di vista neurologico.

E. 6

Ritiene 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.

E. 7

Ritiene 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.

E. 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 94/43-44) Il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e angiologia, nel referto del 30 giugno 2009, ha illustrato la valutazione qui esposta: " (...) Valutazione flebologica in paziente con esiti dopo trombosi venosa profonda dell'arto inferiore sinistro, prossimale iliaco-femorale. La diagnosi viene posta nel 1996 con occlusione della rete venosa profonda dell'arto inferiore sinistro importante iliaco-femoro-popliteo-crurale. Sempre nel 1996 viene operata di trombectomia venosa iliacale, fibrinolisi locale della gamba sinistra e anastomosi di Palma sinistro-destra. Nel rapporto operatorio viene evocata pure una sospetta sindrome di May Thurner. L'anastomosi sinistro-destra viene eseguita con la safena magna destra. Purtroppo in medesima giornata viene ripresa la situazione per emorragia e anemizzazione secondaria verosimilmente alla minuscolo Streptochinasi. Una settimana dopo si assiste alla chiusura

del by pass sinistro-destro e viene eseguita una trombectomia con svuotamento di ematoma vulvare e viene posto un "shunt" arterio-venoso tra la tibiale posteriore e la vena tibiale posteriore. Soggettivamente relata un senso di pesantezza a livello degli arti inferiori con gonfiore soprattutto a sinistra. Il dolore che insorge alla deambulazione tende a provocare una zoppia bilateralmente. Alla deambulazione si associa nel tempo una dispnea dopo circa 100 metri di deambulazione. Conclusione: l'arto inferiore destro presenta dei flussi normali senza reflusso al Valsalva. La piccola safena è in situ, a destra, e non rifluisce. A sinistra vi è una ricanalizzazione della vena femorale comune con flusso tuttavia rallentato solo parzialmente modulato dalla respirazione. La ricanalizzazione è comunque soddisfacente superiore al 50-60%. L'asse femoro popliteo è ricanalizzato seppur non completamente ma con flussi misurabili, sicuramente rallentati rispetto all'esame contro laterale. Alla gamba il flusso è presente sulla poplitea, sulle tibiali posteriori e sulle peronee. Si tratta quindi di una sindrome post-trombotica dell'asse iliaco femoro popliteo con ricanalizzazione femoro popliteo crurale parziale ma soddisfacente. La sintomatologia di pesantezza dell'arto inferiore sinistro, senso di gonfiore e anche la dispnea sotto sforzo possono essere riconducibili alla sindrome post-trombotica iliaco-femoro-popliteo sinistra. Per quanto riguarda una capacità lavorativa dipende naturalmente dall'attività socio-professionale che alla quale la paziente è sottoposta. Verosimilmente limitante è una professione che comprenda una stazione eretta ferma prolungata o una lunga deambulazione mentre che attività di movimento con alternanza di passaggi in posizione seduta, posizione eretta senza particolari sforzi (manovra di Valsalva) possono essere ragionevolmente essere effettuati spezzando naturalmente la giornata eventualmente con una pausa pranzo maggiormente prolungata raggiungendo una capacità lavorativa attorno al 70%. Sarà naturalmente difficile stimare a priori l'impatto della sindrome post-trombotica a seconda del tipo di professione" (doc. XXIV+bis). Il Dr. _____, spec. FMH in otorinolaringoiatria e chirurgo cervico-facciale, nella perizia del 20 luglio 2009, dopo aver illustrato l'anamnesi, lo status e i referti radiologici ha posto la diagnosi di "Otosclerosi bilaterale con rilevante ipoacusia (principalmente trasmissiva). Stato dopo stapedectomia a destra nel 1987 (Ospedale universitario di _____). Disturbi dell'equilibrio secondari ai problemi della colonna cervicale e lombare". Lo specialista è quindi giunto alle seguenti conclusioni: "(...)
Valutazione: 1. Otosclerosi con ipoacusia: La paziente è stata sottoposta ad un intervento di stapedectomia per otosclerosi a destra con miglioramento solo passeggero. Dopo poco tempo la situazione è tornata ad essere quella di prima. Alla paziente è stato detto che la causa di questo peggioramento era da imputare ad una toxoplasmosi, cosa che a nostro modo di vedere risulta essere improbabile, visto che si tratta sempre ancora di un disturbo prevalentemente trasmissivo. Con ogni probabilità vi è stata una fissazione della protesi introdotta o una lussazione della stessa. Attualmente l'ipoacusia è molto simile ad entrambe le orecchie, la paziente è portatrice di due differenti apparecchi acustici che prestano un aiuto insufficiente. Considerato questo quadro con ritengo che la situazione uditiva della paziente possa venire migliorata adattando due nuove protesi acustiche di generazione moderna ad entrambe le orecchie. Dal punto di vista teorico esiste naturalmente la possibilità di intervenire nuovamente con un atto chirurgico sull'otosclerosi, sia operando l'orecchio sinistro, sia facendo una revisione all'orecchio di destra. L'operazione non serve comunque a fermare il decorso della malattia, ma unicamente a migliorare la capacità uditiva, risultato che può venir raggiunto anche con una buona protesizzazione acustica. Considerato il quadro di questa paziente e la sua avversità ad ulteriori terapie specialmente se invasive è da preferire la riabilitazione tramite protesi acustiche. 2. Resi due difficoltà

dell'equilibrio: La paziente presenta ancora a volte una certa insicurezza che viene accentuata facendo movimenti con gli occhi chiusi, dovendo scendere delle scale ripide, dovendo eseguire dei lavori al di sopra della testa o fare delle rotazioni rapide. In ogni caso queste difficoltà sono in prima linea dominate dai dolori lungo la colonna cervicale e con importante irradiazione verso il braccio e la scapola di destra. Ricordiamo che la paziente ha anche subito due incidenti della circolazione citati negli atti, il primo nel 1998 e il secondo nel luglio del 2007 dove è stata tamponata da dietro con importante trauma a colpo di frusta. A suo tempo era stato eseguito un accertamento specialistico presso il Dr. _____ che aveva mostrato una possibile vestibulopatia, questi disturbi erano notevolmente migliorati dopo un trattamento fisioterapico con delle manipolazioni. I disturbi presenti allo stato attuale sembrano prevalentemente secondari alla problematica della colonna cervicale. Da questo punto di vista esiste sicuramente la possibilità di migliorare la situazione con ulteriori trattamenti fisioterapici. La paziente è comunque stufa di seguire ulteriori terapie mediche ed attualmente si accontenta dei miglioramenti già ottenuti. Diminuzione delta capacità lavorativa: L'incapacità lavorativa della paziente è determinata dai problemi psichiatrici e in seconda linea dai problemi reumatologici, in parte conseguenze del colpo di frusta subito. Per ciò che concerne la patologia ORL principale e rilevante, cioè l'otosclerosi con ipoacusia principalmente trasmissiva bilaterale la situazione potrebbe venir migliorata adattando due nuove protesi di moderna generazione. La paziente resterebbe comunque limitata nell'esercizio di attività in ambienti rumorosi come grandi magazzini o esercizi pubblici. Nell'ultima attività esercitata, quale venditrice in un mercatino, le difficoltà di comunicazione e comprensione nell'ambiente aperto e rumoroso sarebbero rilevanti senza degli apparecchi efficienti (importante limitazione). Un'attività in ambiente più tranquillo dovrebbe essere possibile. Osservazione: senza apparecchi la perdita uditiva secondo la tabella CPT-AMA ammonta al 92% a destra e all'84% a sinistra" (doc. AI 94/35-36) La Dr.ssa _____, medico chirurgo, specialista in psichiatria, nella perizia del 13 luglio 2009, dopo aver illustrato l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi, la farmacoterapia e lo status psichico, ha così concluso: "(...) 4 DIAGNOSI: Sindrome mista ansiosa-depressiva (ICD 10, F 41,2) Insonnia non organica (ICD 10, F 51.0) Lutto non elaborato (ICD 10, Z 63,4) Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45,4) 5 CONCLUSIONI: Ho credo già dato il senso dello stato della signora che non è affaticata ma esausta e disperata, profondamente disperata. Ella è leggera per nome e per stile ma nel profondo è in continuo stretto e doloroso contatto con il figlio morto e con il vuoto dell'assenza. Costruisce continuamente ricordi che sottolinea con le foto (come quelle mostrate alla scrivente) per ingannare il presente e portarsi avanti in un mondo ormai vuoto per lei. Il suo eloquio esprime lo sforzo di non restare sola, di dare voce a tutto quello che negli anni ha vissuto con _____ nel silenzio del contatto, delle mani, dell'intesa muta. Oggi parla perché è l'unico modo di mantenersi in vita ... dare voci ai fantasmi mai metabolizzati che le sono attorno, le fanno compagnia. Perché dovrebbe rinunciarvi possiamo chiederle. Gli autori di un tempo ci insegnarono a distinguere le reazioni dai processi: un processo è un qualcosa che si sviluppa in modo non comprensibile e agguanta un'esistenza e la trasforma. Una reazione è un percorso dell'esistenza che l'esistenza stessa spiega e motiva. Ritengo molto difficile che la signora possa rientrare in un'attività lavorativa a tempo pieno: le riconosco per quanto detto fino ad ora, una percentuale di IL pari al 40%. La stessa è a mio avviso presente in tale qualità da almeno il 2008. 6 Influenza della diagnosi psichiatrica sulla capacità di lavoro nell'attività da ultimo svolta dall'assicurato/a? V edì le "conclusioni": appare centrata sul suo vissuto interiore e poco capace di dare

diversa precedenza alle cose. La realtà esterna la vede distratta, autocentrata, triste e disperata per tutto il vissuto subito. Tutto questo rende la signora poco contattabile in realtà dai temi del quotidiano; più facile avvicinarla su temi esistenziale da condividere ma la realtà è concreta, va veloce, non lascia spazio ai "deboli", li abbatte e procede. Ella appare oggi molto fragile, al limite di uno scoppio psico- e motivo. E' facile alla stanchezza, demotivata, distratta e distraibile. 7 Evoluzione dello stato di salute dell'assicurato/a dal punto di vista psichiatrico e prognosi a medio-lungo termine. Dopo una reazione di disadattamento con probabile ottundimento, ella ha poi recuperato il senso doloroso della perdita sentendosi svuotata di contenuti, di senso e sentimenti. Dal 2005 la reazione di disadattamento si è organizzata in temi somatoformi, in un quadro misto, insonnia e un lutto non elaborato che solo però attorno al 2008 ha assunto le qualità espressive di cui diciamo oggi. Prognosi incerta, passibile di peggioramento. 8 Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Vedi conclusioni e punti 6 e 7. 9 Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato? Che effetti avrebbero questi provvedimenti sulla capacità lavorativa? Aggiustamento della terapia farmacologia ma, soprattutto un lavoro di tipo psicologico a frequenza intensa.

E. 10

Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale presso questo assicurato? Descrivere le residue risorse Non ritengo utile in questo soggetto la messa in campo di provvedimenti di integrazione professionale.

E. 11

Ritiene 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 ho riduzione del rendimento) Lo ritengo capace di svolgere tutte altre attività teoricamente esigibili, nel rispetto del quadro complessivo psico-fisico rilevato, dell'età e del livello culturale e della fragilità psicologica presentata, nella percentuale del 60 %.

E. 12

In che misura può svolgere attività di casalinga/ o? Capace nella stessa percentuale già detta del 60 % per i motivi già presentati nella relazione ." (doc. AI 94/40-41) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 31 agosto 2009 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. Sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni statico degenerative del rachide lombosacrale con: - spondilolistesi L5-S1 di grado I, - protrusione discale diffusa, - segni di spondilartrosi, soprattutto a livello L3-L4, L4-L5. Sindrome cervicovertebrale cronica su alterazioni staticodegenerative del rachide cervicale con: - riduzione della fisiologica lordosi cervicale, - marcati segni di spondilartrosi, soprattutto a livello C5-C6, C6-C7, - discopatia C5-C6, C6-C7 senza compressione radicolare o midollare. Sindrome postrombotica dell'asse iliaco femoropopliteo con ricanalizzazione femoropopoliteo crurale parziale, ma soddisfacente. Otosclerosi con ipoacusia principalmente trasmissiva bilaterale. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2). Insonnia non organica (ICD-10 F51.0). Lutto non elaborato (ICD-10 Z 63.4). Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4) " (doc. AI 94-24). I periti hanno invece posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di " Stato dopo stapedectomia a ds. nel 1987. Stato dopo

trombosi venosa profonda dell'arto inferiore sin.. Trombectomia venosa iliaca. Fibrinolisi locale della gamba sin.. Stunt di Palma ds. e sin.. Occlusione del by-pass di Palma ed ematoma prevulvare. Trombectomia, svuotamento dell'ematoma, shunt arterovenoso tra l'arteria tibiale posteriore e la vena tibia posteriore sin..Occlusione definitiva del by-pass di Palma. Pregressa patologia gravidica: - diagnosi di morte intrauterina nel 1987 durante le prime settimane di gestazione, - gr avidanza gemellare con morte di un gemello, diagnosticata alla 36esima settimana e nascita del feto sopravvissuto con gravissime complicazioni cerebrali, nel 1987, - ulteriore aborto spontaneo al primo trimestre di gravidanza nel 1993. Possibile sindrome del tunnel carpale lieve bilaterale " (doc. AI 94-25

Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 50% sia nell'attività da ultimo svolta di venditrice di antiquariato e scenografa, che in un'attività lavorativa adeguata. Mentre quale casalinga è ritenuta abile al 60% (doc. AI 94-33).

2.5. Da parte sua la ricorrente ha, in particolare, prodotto il referto del 7 ottobre 2010 del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, qui riprodotto: " Come lei è a conoscenza segue la signora RI 1 da un punto di vista psichiatrico - psicoterapico sin dal 16.11.2009. Ho preso atto della perizia pluridisciplinare eseguita dal Servizio Accertamento Medico di Bellinzona datata 31.08.2009. Mi sono concentrato in particolar modo sulla parte psichiatrica redatto dalla Dr.ssa _____. Ho preso atto inoltre della decisione AI del 16.09.2010. Posso essere d'accordo con la collega e mi sembra molto ben descritto lo status psichico e psicopatologico della signora RI 1. Non sono però d'accordo su quel che concerne la diagnosi, le conclusioni e l'influenza delle diagnosi psichiatriche sulla capacità di lavoro della mia paziente. Inoltre nella parte anamnestica non sono menzionati degli eventi molto importanti che sono accaduti nella vita della paziente e che a mio modo di vedere hanno una influenza notevole sull'attuale stato di salute e che potrebbero cambiare anche la diagnosi. Altri dati anamnestici sono semplicemente sbagliati. Dati anamnestici sbagliati: La signora RI 1 è ultimogenita di una fratria di cinque fratelli e non di quattro. I due maggiori sono del primo matrimonio della madre e la paziente è la terza figlia del secondo matrimonio di sua madre. Il marito della signora non era di origine croata ma di origine cecoslovacca. Inoltre la separazione dal marito risp. l'abbandono della famiglia da parte del coniuge avvenne nel 1996 e non come scritto nel 1991. Dati anamnestici importanti tralasciati: Non ha menzionato da nessuna parte che la signora prima della gravidanza gemellare nel 1986, ha avuto un aborto spontaneo nel primo trimestre della gravidanza per una toxoplasmosi e non menziona nemmeno i tre aborti spontanei avvenuti nel 1989, 1993 e 1996 dopo il parto gemellare. Ammetto che in parte questi aborti sono nominati nella parte generale della perizia a pagine 8 e 9 ma suppongo che la collega psichiatra non ne era a conoscenza. Altrimenti li avrebbe indicati, in quanto sono dei "life events" (eventi, fattori della vita importanti) che hanno avuto una influenza decisiva sulla patologia psichiatrica e sull'evoluzione di essa. Per ciò che concernono le diagnosi a mio modo di vedere non sono esatte risp. non complete. La sintomatologia descritta in modo corretto dalla collega quadra molto bene con la diagnosi: modificazione durata della personalità dopo un'esperienza catastrofica (ICD10: F62.0). Nel caso specifico si tratta non solo di un'esperienza catastrofica ma di ripetute traumatizzazioni sia a livello psichico come pure fisico (il parto gemellare con un gemello morto e l'altro portatore di handicap molto grave, complessivamente quattro aborti spontanei, diversi incidenti stradali più o meno gravi etc.) Il disturbo menzionato è caratterizzato da un atteggiamento ostile e sospettoso verso il mondo, ritiro sociale, sentimento di vuoto o di disperazione, sentimento costante di essere

"sulla lama del rasoio", continuamente minacciata ed estraneamento. Tutti questi sintomi sono presenti nella paziente e sono anche descritti nella perizia della collega. La diagnosi però non è stata posta. Nelle conclusioni la collega riconosce alla paziente un'inabilità lavorativa pari al 40%. Attualmente la paziente non lavora e dal 1991 non ha mai più lavorato come salariata. Ha solamente svolto dei lavori saltuari partecipando a dei mercatini di antiquariato. La collega a pagina 4 della sua perizia in basso scrive: "Ella appare oggi molto fragile, al limite di uno scompenso psico-emotivo." La signora appare tutt'oggi così fragile. A pagina 5 del suo rapporto sotto il punto 7 la collega descrive: "prognosi incerta, passabile di peggioramento." Ho difficoltà a capire come la collega s'immagina che una persona con una patologia complessa sia a livello psichico come pure a livello fisico, che non ha più lavorato in modo regolare come salariata e che già in una situazione di non lavoro appare molto fragile e al limite di uno scompenso psi co-emotivo, possa ancora sopportare lo stress supplementare di un lavoro qualsiasi al 50%. A mio modo di vedere la paziente è da considerare per lo meno sin dal 2008 inabile al lavoro nella misura del 80% al meno. Penso che la paziente potrebbe, da un punto di vista psichiatrico, svolgere una attività di mercatino di antiquariato come ha fatto nel passato nella misura di qualche ora settimanale. Questo lavoro però non sarebbe da considerare come attività lucrativa nel senso stretto, ma piuttosto come attività socio-ergoterapica per avere almeno un'occupazione del tempo e qualche possibilità di socializzare. Una attività lucrativa vera e propria, sia come salariata come pure in proprio, non è possibile attualmente e nemmeno in un futuro. Non è di mia competenza valutare se questa mia proposta sia attuabile da un punto di vista somatico specialmente a livello reumatico oppure ortopedico. Spero di essere stato di aiuto per la difesa della sua cliente e mia paziente, rimango a disposizione per eventuali ulteriori ragguagli e con la presente colgo l'occasione di inviarle i miei più distinti saluti. " (Doc. G)

Il referto del Dr. _____ è stato sottoposto all'esame del SMR che ha chiesto una presa di posizione al SAM. Il perito, Dr.ssa _____, ha quindi fornito le seguenti precisazioni: " Il Servizio Medico Regionale dell'Ufficio Al nella persona della Dr.ssa med. _____ chiede precisazioni sul caso peritato in data 10.07.2009. All'epoca della mia relazione peritale, non fu menzionato il collega Dr. Med _____ come referente curante ma si fece riferimento ad alcune sedute con il Dr. med. _____ (psichiatra) e quindi dal 2008 in poi e fino a quel momento alla presenza della Dr.ssa med. _____ che le prescrisse Eflexor fino a 75 mg/die avendo l'assicurata rifiutato ulteriori aumenti di posologia. Il collega Dr. med. _____ in data 07.10.2010 scrive all'Avvocato RA 1 di avere in carico la signora fin dal novembre 2009 (dopo la mia perizia); riferisce di errori anamnestici che evidentemente attengono a problemi di descrizione della signora visto che sia la scrivente che il collega del SAM Dr _____, all'epoca registrammo i medesimi dati e li confrontammo come sempre si fa nella stesura di un rapporto. Il collega, giustamente registra e annota aspetti divergenti della storia narrata dalla signora che evidentemente in un rapporto di cura prolungato hanno modo di chiarirsi progressivamente via via che la signora riesce ad esprimersi in merito e ad affrontare i temi anche emotivi ad essi associati. Il collega riferisce di orientarsi personalmente verso un quadro di "modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica" e precisa, anche in relazione agli aborti spontanei riportati nella sua anamnesi: "si tratta non solo di un'esperienza catastrofica ma di ripetute traumatizzazioni.... il disturbo menzionato è caratterizzato da un atteggiamento ostile e sospettoso verso il mondo, ritiro sociale, sentimento di vuoto o di disperazione, sentimento costante di essere sulla lama di un rasoio, continuamente minacciata ed estraneamento". Da parte mia registrai un "lutto non

metabolizzato" per far riferimento a un trauma di vita che la signora non ha potuto metabolizzare e ad un vuoto e una mancanza nel gruppo di supporto e nelle relazioni. Devo dire che colgo con attenzione il suggerimento del collega ma nel mio approfondimento in merito tentando di rintracciare elementi diagnosticamente compatibili con la diagnosi da lui proposta, non trovo la soddisfacente sovrapposizione e dico meglio in merito. Nel quadro proposto dal collega esistono due elementi fondamentali che non mi permettono di inserire il quadro nella specifica diagnosi proposta: - Il fatto seppure grave e ripetuto non assume a livello statistico la qualità riconducibile a una "catastrofe" come registrato nel ICD che menziona per meglio chiarire: " lo stress deve essere così estremo che non è necessario considerare la vulnerabilità personale per spiegare il suo effetto sulla personalità. Esempi possono essere le esperienze nei campi di concentramento, le torture, i disastri, l'esposizione prolungata a situazioni che mettono a repentaglio la vita (essere ostaggio, prigioniero nell'imminente possibilità di essere ucciso)... per poter formulare la diagnosi deve essere stabilita la presenza di caratteristiche non esistenti in precedenza quali: - Atteggiamento ostile e sospettoso verso il mondo - Ritiro sociale - Sentimenti di vuoto o di disperazione - Sentimento costante di essere sulla lama di un rasoio, continuamente minacciato - Estraneamento L'ICD insiste con forza sul fatto che tale diagnosi attiene specificatamente ai quadri in cui il soggetto è stato vittima di un "ATTACCO" o potenziale tale, sul fisico, rispetto alla sua incolumità. Nella signora RI 1 francamente non rintraccio tale aspetto: con questo non voglio dire che non ritengo grave quanto le è accaduto e non risuoni con il suo dolore di madre e donna ma, ritengo che il tipo di vissuto e di esperienza sia profondamente diverso. Devo anche dire che l'ICD insiste anche sulla necessità di accertare l'assenza di un quadro di personalità pre-esistente, di vulnerabilità personologiche e di tratti di funzionamento nel periodo precedente la "catastrofe". Mi permetto di notare che nulla sappiamo sulla personalità premorbosa della signora e quindi questo warning non è possibile accertarlo. Secondo elemento: non rintraccio nel colloquio con la signora elementi di ostilità rispetto al mondo esterno. Ella appare piuttosto implosa, ritirata in un mondo di rapporto sensitivo col mondo per come da lei percepito, i suoi fantasmi e se stessa. Non mostrava alcuna sospettosità se non un vissuto di ingiustizia che ben collocava nell'ambito delle cure ricevute all'epoca. A proposito del lavoro: la signora di fatto non ha mai svolto un'attività da "salarata" di formula standard ma un'attività particolare nell'ambito della danza-scenografia- cinematografia che per definizione nulla hanno a che fare con le normali attività di salariati (orari, definiti, rapporti duraturi, salari definiti e stabili, ecc) e spesso non consentono di valutare le reali competenze lavorative del soggetto proprio per la loro specificità. Lavora ancora fino intorno al 1990-91 e quindi solo nei mercatini fino al Maggio 2008. È quello l'anno in cui chiede l'intervento di specialisti riconoscendo la presenza di un problema. Nella realtà dei fatti nulla di più sappiamo sulla personalità premorbosa della signora e sulle sue reali competenze lavorative precedenti e su come esse si siano modificate nel tempo. Ritengo però che occuparsi di un ragazzo come _____ sia stato molto impegnativo e l'abbia presa tanto da "distrarla" dal mondo. Ritengo che se da un lato è giusto che qualcuno assicuri alla signora i suoi diritti sociali occupandosi degli aspetti economici del suo futuro, io da parte mia ritengo che ella vada aiutata a tentare un rientro nel mondo e un impegno anche piccolo che le ridia un senso e non solo una vita nel ricordo doloroso. Riagganciarla alla realtà fornendole spazi di condivisione anche sotto forma di attività lavorativa. Comprendo anche la preoccupazione del curante e dell'avvocato quando dobbiamo confrontarci con un mondo del lavoro ad oggi poco accogliente. Confermo le diagnosi da me poste: resto disponibile a rivedere la signora

a distanza dal primo colloquio per valutare la mia impressione di allora del rischio di un possibile peggioramento futuro che forse il collega ha nei mesi successivi incontrato. Oggi egli non descrive uno status o modifiche psicopatologiche rispetto al mio scritto che mi portino a modificare la mia impressione diagnostica di allora. Sindrome mista ansiosa-depressiva (ICD 10, F 41,2) Insonnia non organica (ICD 10, F 51.0) Lutto non elaborato (ICD 10, Z 63,4) Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45,4) In merito al quadro somatoforme aggiungo quanto segue: in questo soggetto il quadro somatoforme da dolore cronico si colloca in una dimensione in cui: - esiste una patologia psichica che acuisce e intensifica l'espressività dei sintomi dolorosi - esiste più che una tendenza al ritiro, un'abitudine al ritiro condiviso solo con _____ - c'è una sofferenza fisica riconosciuta da tecnici che non mostra miglioramenti, anzi peggiora - manifesta un disagio psico-emotivo ma non tale da compromettere completamente l'esigibilità di uno sforzo per recuperare almeno in parte un funzionamento lavorativo - sta di fatto assumendo terapie farmacologiche a basso dosaggio (sotto dosate) di cui a mio avviso può giovare poco-nulla - non si rileva alcun miglioramento del quadro nel corso degli anni per quanto attiene il punto di vista psichiatrico ." (doc. VI/1) 2.6. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. 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 psichiatrica non è stata chiarita in modo soddisfacente. Se da una parte, infatti, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalla valutazione delle patologie reumatologica, neurologica, angiologica e ORL approfonditamente vagliate dai medici del SAM (Dr. _____, Dr. _____, Dr. _____ e Dr. _____), analogo discorso non può invece valere con riferimento ai disturbi di natura psichiatrica dell'assicurata, che necessitano, per contro, di essere ulteriormente indagati. 2.7.1. Per quanto riguarda la patologia reumatologica, l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame da parte del Dr. _____, perito del

SAM, il quale nel referto del 31 agosto 2009 ha diagnosticato: “ Fibromialgia.Sindrome lombovertebrale cronica su alterazioni staticodegenerative del rachide lombosacrale con: - spondilolistesi L5-S1, - alterazioni degenerative de l rachide lombare, soprattutto a livello L3-L4, L4-L5. Sindrome cervicovertebrale cronica su alterazioni stati codegenerative de l rachide cervicale con: - riduzione della fisiologica lordosi, - marcate alterazioni degenerative soprattutto a livello C5-C6, C6-C7 senza progressione radiografica dal 2004, - discopatia C5-C6, C6-C7 senza compressione radicolare o midollare. Possibile lieve sindrome de l tunnel carpale bilaterale ” (doc. AI 94-20). Secondo lo specialista, l'assicurata è inabile nella misura del 30% nell'attività di venditrice ambulante e scenografa. Mentre in un'attività adeguata la diminuzione della capacità lavorativa è del 20% (doc. AI 94-22/23). 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 maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. 2.7.2. Per quanto riguarda la patologia neurologica , l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame da parte del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel rapporto peritale del 17 luglio 2009 ha diagnosticato una “ Sindrome dolorosa cervicale e lombare cronica senza deficit neurologici. Possibile lieve sindrome del tunnel carpale poco sintomatica ” (doc. AI 94-44). Secondo il Dr. _____ dal punto di vista neurologico non vi è diminuzione della capacità lavorativa (doc. AI 94-44). 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 maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. 2.7.3. Per quanto riguarda la patologia angiologica , l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame da parte del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e angiologia, il quale nell'esame angiologico del 15 giugno 2009 (rapporto datato 30 giugno 2009) ha diagnosticato una “ sindrome post-trombotica dell'asse iliaco femoro popliteo con ricanalizzazione femoro popliteo crurale parziale ma soddisfacente ” (doc. XXIV+bis). Secondo il perito è verosimilmente limitante una professione che comprende una stazione eretta ferma prolungata oppure una deambulazione, mentre in un'attività di movimento con alternanza di passaggi in posizione seduta, posizione eretta senza particolari sforzi (manovra di Valsalva) possono essere ragionevolmente effettuati spezzando la giornata e raggiungendo una capacità lavorativa del 70% (doc. XXIV+bis). 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 maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. 2.7.4. Per quanto riguarda la patologia ORL , l'assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame da parte del Dr. _____, spec. FMH in otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale, il quale nella perizia del 20 luglio 2009 ha diagnosticato una “ Otosclerosi bilaterale con rilevante ipoacusia (principalmente trasmissiva). Stato dopo stapedectomia a destra nel 1987 (Ospedale universitario di _____). Disturbo dell'equilibrio secondari ai problemi della colonna cervicale e lombare ”. A mente del Dr. _____ l'assicurata sarebbe limitata nell'esercizio di attività lavorative in ambienti rumorosi come grandi magazzini o esercizi pubblici. Nell'ultima attività esercitata, quale venditrice in un mercatino, le difficoltà di comunicazione e comprensione nell'ambiente aperto e rumoroso sarebbero rilevanti senza degli apparecchi efficienti (importante limitazione). Mentre un'attività in ambiente più tranquillo dovrebbe essere possibile (doc. AI 94-35/36). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da

certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. 2.7.5. Quanto all'aspetto psichiatrico, per contro, il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti, confermare la correttezza della valutazione peritale eseguita dalla Dr.ssa _____, per le ragioni che seguono. 2.7.5.1. Secondo la giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali è tenuto a vagliare oggettivamente tutti i mezzi di prova, a prescindere dalla loro provenienza, e a decidere se la documentazione a disposizione permette di rendere un giudizio corretto sull'oggetto della lite. Qualora i referti medici fossero contraddittori fra loro, non gli è consentito di liquidare il caso senza valutare l'insieme delle prove e senza indicare le ragioni per le quali si fonda su un parere piuttosto che su un altro (DTF 125 V 352). Determinante è, del resto, che il rapporto sia completo sui temi sollevati, che sia fondato su esami approfonditi, che tenga conto delle censure sollevate dalla persona esaminata, che sia stato redatto in piena conoscenza dell'anamnesi, che sia chiaro nella presentazione del contesto medico e che le conclusioni dell'esperto siano motivate (cfr. DTF 125 V 352; RAMI 1991 U 133, p. 311 consid. 1, 1996 U 252, p. 191ss.; DTF 122 V 160ss, consid. 1c e riferimenti). L'elemento rilevante per decidere circa il valore probante, non è né l'origine del mezzo di prova né la sua designazione quale rapporto oppure quale perizia, ma semplicemente il suo contenuto (cfr. DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss. e RAMI 1999 U 356, p. 572), la nostra Corte federale ha stabilito 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. In una sentenza 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465, il Tribunale federale ha precisato che il giudice delle assicurazioni sociali può fondare la propria sentenza su rapporti allestiti da medici che si trovano alle dipendenze dell'amministrazione, a condizione che non sussista dubbio alcuno, nemmeno il più lieve, a proposito della correttezza delle conclusioni contenute in tali rapporti. Sempre secondo l'Alta Corte, dal principio della parità delle armi che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha dedotto dall'art. 6 cpv. 1 CEDU, discende che gli assicurati sono legittimati a mettere in dubbio l'affidabilità dei rapporti dei medici interni all'amministrazione mediante dei mezzi di prova propri. Fra questi mezzi di prova entrano in linea di conto, in particolare, anche le certificazioni dei medici curanti. 2.7.5.2. Nel rapporto del 13 luglio 2009 redatto nell'ambito della perizia SAM, la Dr.ssa _____, medico chirurgo, specialista in psichiatria, ha posto la diagnosi di “Sindrome mista ansiosa-depressiva (ICD 10, F 41.2). Insonnia non organica (ICD 10, F 51.0). Lutto non elaborato (ICD 10, Z 63,4). Disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45,4)”. La Dr.ssa _____ ha quindi ritenuto “molto difficile” per l'assicurata un'attività lavorativa a tempo pieno e riconosciuto una percentuale d'incapacità del 40% in ogni attività e quale casalinga. La prognosi è ritenuta incerta, ma passibile di peggioramento (doc. AI 94-40/41). L'insorgente ha contestato la valutazione psichiatrica della Dr.ssa _____ fondandosi sulle certificazioni del medico curante Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia. In un primo breve certificato del 6 maggio 2010, prodotto in sede di osservazioni al progetto di decisione del 16 marzo 2010, il Dr.

_____ aveva già indicato un'incapacità lavorativa dell'assicurata del 90-100% e 60% quale casalinga riservandosi di approfondire la propria valutazione (doc. AI 103-2). Nel successivo rapporto del 7 ottobre 2010 il Dr. _____, pur concordando con lo status psichico e psicopatologico descritto dal perito dell'amministrazione, ha espresso un parere divergente sia per quanto riguarda la parte anamnestica della perizia che sulle diagnosi, le conclusioni e la capacità lavorativa residua indicate (doc. G). Dopo aver corretto i dati anamnestici il medico curante ha posto la diagnosi di " modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica (ICD10: F62.0) " determinata da ripetute traumatizzazioni sia a livello psichico che fisico (doc. G). Divergente anche la valutazione della capacità lavorativa di RI 1. Secondo il Dr. _____ è incomprendibile " che una persona con una patologia complessa sia a livello psichico come pure a livello fisico, che non ha più lavorato in modo regolare come salariata e che già in una situazione di non lavoro appare molto fragile e al limite di uno scompenso psi co-emotivo, possa ancora sopportare lo stress supplementare di un lavoro qualsiasi al 50%." La paziente è quindi da ritenere inabile nella misura dell'80% almeno, dal 2008 (doc. G). Il Dr. _____ ha tuttavia sottolineato che l'attività che l'assicurata potrebbe svolgere, per esempio venditrice presso un mercatino, non è da intendersi come attività lucrativa in senso stretto, quanto piuttosto come attività socio-ergoterapica. Un'attività lucrativa vera e propria non sarebbe per contro esigibile (doc. G). La valutazione del Dr. _____ è condivisa anche dal Dr. _____, spec. FMH in medicina interna, nel breve certificato del 4 ottobre 2010 (doc. F). L'amministrazione ha quindi interpellato nuovamente la Dr.ssa _____ in merito alle osservazioni del Dr. _____. Il perito tuttavia, in data 26 novembre 2010, ha confermato la propria precedente valutazione, non condividendo la diagnosi di " modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica (ICD10: F62.0) " indicata dal Dr. _____ (doc. VI1). La Dr.ssa _____, pur ribadendo la propria diagnosi, ha concluso indicando di essere disponibile ad una nuova valutazione dell'assicurata " per valutare la mia impressione di allora del rischio di un possibile peggioramento futuro che forse il collega ha nei mesi successivi incontrato ", sebbene – a suo dire – non venga descritto dal medico curante uno status o delle modifiche psicopatologiche suscettibili di modificare la diagnosi di allora (doc. VI1). In data 21 gennaio 2011, e nello scritto del 28 marzo 2011, il Dr. _____ ha confermato la percentuale d'inabilità dell'80% almeno e la diagnosi di " modificazione duratura della personalità dopo un'esperienza catastrofica (ICD10: F62.0) " contestando l'interpretazione data dalla Dr.ssa _____ su tale diagnosi che sarebbe da ricondurre unicamente a casi in cui il soggetto è stato vittima di un "attacco" o potenziale tale, sul fisico, rispettivamente alla sua incolumità. Secondo il medico il disturbo post-traumatico da stress (F43.1) può precedere questo tipo di modificazione di personalità (doc. N). Nelle annotazioni del 14 febbraio 2011 la Dr.ssa _____ e il Dr. _____ del SMR hanno confermato la valutazione peritale della Dr.ssa _____ (doc. XVII1). Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il

E. 16

settembre 2010 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, il referto del Dr. _____ del 7 ottobre 2010 è successivo di poche settimane alla decisione impugnata, ma fa chiaramente riferimento ad

un periodo di tempo antecedente la decisione impugnata. Il medico ha indicato di seguire l'assicurata dal 16 novembre 2009 (doc. G). Inoltre, nel breve certificato medico del 6 maggio 2010 il medico aveva già ritenuto sovrastimata la capacità lavorativa dell'assicurata nella perizia pluridisciplinare SAM, riservandosi di approfondire la propria valutazione (doc. AI 103-2). Ciò che è stato fatto nel referto del 7 ottobre 2010. Quest'ultimo va dunque preso in considerazione nella decisione impugnata come i referti successivi del 21 gennaio 2011 (doc. N) e del 28 marzo 2011 (doc. O) che precisano unicamente quanto già indicato nel referto del 7 ottobre 2010. Chiamato a pronunciarsi, il TCA, in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF 8C_216/2009 del 28 ottobre 2009, pubblicata in DTF 135 V 465 sopra esposta (cfr. consid. 2.7.5.1.), ritiene che, nel caso di specie - alla luce delle importanti divergenze tra la valutazione del perito, Dr.ssa _____ e il medico curante Dr. _____, entrambi specialisti in psichiatria e psicoterapia, sia per quanto riguarda la diagnosi delle patologie psichiatriche che in merito alla valutazione della capacità lavorativa residua, - non sia possibile, senza procedere ad ulteriori accertamenti, concludere con sufficiente tranquillità che lo stato valetudinario dell'assicurata giustifichi un'abilità lavorativa del 60% in ogni attività. Va inoltre aggiunto che la perizia della Dr.ssa _____ risale al mese di luglio 2009 e indicava una prognosi incerta, passibile di peggioramento. La stessa perita, nel complemento del mese di novembre 2010, aveva espresso la propria disponibilità per una nuova valutazione del caso in considerazione del possibile peggioramento della patologia (doc. VII). Il Dr. _____, da parte sua, ha preso in cura la paziente a partire dal mese di novembre 2009, dopo la valutazione peritale del 13 luglio 2009, ma prima della decisione impugnata (doc. AI 103-2; doc. G). In definitiva si giustifica un ulteriore approfondimento a livello psichiatrico da svolgersi presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS), inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa dell'assicurata (cfr. STF 8C_49/2011 del 12 aprile 2011; STF 8C_1018/2010 del 18 aprile 2011).

2.8. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche. In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p.

196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio AI, affinché metta in atto un ulteriore approfondimento a livello della patologia psichiatrica presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS), inteso a delucidare sia l'aspetto diagnostico, sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa dell'assicurata. Quindi, in esito a tale complemento istruttorio, l'amministrazione effettuerà una valutazione globale delle diverse patologie di cui soffre l'assicurata, debitamente motivata, e si pronuncerà nuovamente sul diritto alla rendita.

2.9. In data 18 ottobre 2010 l'assicurata ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (I). Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata da un legale, ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di fr. 1'800.-- a titolo di ripetibili. La costante giurisprudenza federale ha stabilito che l'assegnazione di ripetibili rende priva d'oggetto l'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (DTF 124 V 309 consid. 6, STFA del 9 aprile 2003 nella causa C., U 164/02 e STFA del 18 agosto 1999 nella causa E.T.).

2.10. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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