

TI_GERICHTE 32.2010.318 vom 14. Oktober 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-10-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.318

FR: TI_GERICHTE 32.2010.318 du 14 octobre 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.318 del 14 ottobre 2010

Regeste

Rinvio atti all'UAI per nuovi accertamenti di carattere psichiatrico intesi a delucidare sia l'aspetto diagnostico sia le ripercussioni dei disturbi sulla capacità lavorativa dell'assicurata

Erwägungen

E. 12

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). 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 malade. 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).

2.4. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia reumatologica (Dr. _____) e quella psichiatrica (Dr. _____). Il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, nella perizia del 5 febbraio 2009, dopo aver riassunto l'anamnesi dell'assicurata, i dati soggettivi e quelli oggettivi, ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4. DIAGNOSI REUMATOLOGICHE 4.1 CON RIPERCUSSIONE SULLA CAPACITA' LAVORATIVA -- nessuna 4.2 SENZA RIPERCUSSIONE SULLA CAPACITA' LAVORATIVA - fibromialgia - peri-artropatia omeroscapolare tendinopatica bilaterale nell'ambito del quadro fibromialgico e su possibile lesione del labbro glenoidale - lombalgie su alterazioni statiche ed iniziali alterazioni degenerative L5/S1 5. GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LUCRATIVA O DELL'ATTIVITA' ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Questa paziente presenta dei dolori a carattere diffuso all'apparato muscolo-scheletrico. La sintomatologia si è instaurata a partire dal marzo del 2005 dopo una caduta dalle scale. Inizialmente i dolori erano soprattutto al pollice destro dove ha avuto una distorsione e nella zona della spalla destra. Sono poi persistiti questi disturbi associati a dei dolori alla colonna lombare che hanno mostrato un decorso cronico progrediente e tendente alla generalizzazione. Per quanto riguarda le indagini radiologiche eseguite, non si sono evidenziate patologie sostanziali. L'artro-RM della spalla destra del 11.10.2005 non ha mostrato lesioni della cuffia dei rotatori ma un sospetto per una parziale lesione posttraumatica del labbro glenoidale. L'indagine di RM della colonna lombare del 28.02.2006 non mostra patologie significative se non una minima discopatia L5/S1. Anche le radiografie attualmente eseguite alla colonna lombare non mostrano patologie di rilievo. Si tratta quindi di un quadro clinico nell'ambito di una problematica fibromialgica in relazione con uno stato depressivo diagnosticato il 25.06.2006 presso il servizio di psichiatria e di psicologia medica a Savosa. Tenendo in

considerazione i reperti clinici e radiologici, non ritengo che vi siano delle alterazioni all'apparato muscolo-scheletrico tali da portare a delle limitazioni funzionali. La paziente è quindi da ritenere abile al lavoro in tutte le attività professionali eseguite finora ed in quella di casalinga nella forma completa. Tenendo in considerazione la documentazione messa a disposizione, questa capacità lavorativa può essere senz'altro riferita a partire dal 26.10.2006 se non antecedentemente, in particolar modo da dopo la valutazione del collega reumatologo Dr. _____ Non vi sono in effetti nella documentazione a disposizione riferimenti alla capacità lavorativa da parte degli altri colleghi che l'hanno visitata in particolar modo dello specialista ortopedico e dal Dr. Salani reumatologo. 6.

POSSIBILITA' DI MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE Con terapie conservative o con terapie di tipo invasivo non si potranno migliorare sostanzialmente le condizioni di salute della paziente." (doc. AI 25/25-27) Il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia del 1° aprile 2009, dopo aver riassunto l'anamnesi dell'assicurata e lo stato psichico, è giunto alle seguenti conclusioni: " (...) L'A. è una donna di origine _____ che sposando un signore svizzero molto più anziano di lei ha lasciato il suo paese di origine ed è giunta in Ticino dove ha svolto diversi lavori umili. L'A. ha mostrato una propensione al sacrificio di sé dandosi molto da fare con i lavori umili per sopperire alla inconsistenza del marito nullafacente e in pubblica assistenza. Nei confronti del coniuge defunto tre anni or sono l'A. mostra adesso un atteggiamento ambivalente, da un lato è cosciente di essere stata sfruttata da lui mentre dall'altro gli è riconoscente in quanto fu tramite il marito che poté arrivare in Svizzera e cambiare la sua vita. Dal punto di vista psicologico l'A. denota una personalità depressiva con un forte accento sul passato come tempo nel quale ha subito delle frustrazioni, tempo della memoria dal quale fatica a distaccarsi. Questa tendenza all'attaccamento verso ciò che è stato negativo nella sua vita ma che in fin dei conti è stata in grado di superare ricorrendo alle sue risorse e alle sue lotte rimane un aspetto non del tutto coscientizzato e tratto saliente della personalità emotiva dell'A. Ciò a mio avviso è la causa profonda che determina una sottovalutazione di quanto di buono l'A. è riuscita comunque a realizzare e a conquistare. **DIAGNOSI** Tratti depressivi di personalità **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** Nelle condizioni attuali non ritengo che sussista una incapacità lavorativa psichiatrica. **EVOLUZIONE DELLO STATO DI SALUTE** Lo stato di salute è migliorato a partire dalla fine del 2008 in avanti ma anche prima di quella data, pur non trovandosi a suo agio nell'ambito di lavoro come è stata in seguito, l'A. presentava comunque una piena capacità lavorativa dal lato psichiatrico. **FATTORI CHE RIDUCONO LA CAPACITÀ LAVORATIVA** Dal lato psichico in questo momento non constato la presenza di fattori che riducono la capacità lavorativa dell'A. Il clima di lavoro è molto migliorato dopo le modifiche apportate. **POSSIBILITÀ Di MIGLIORARE LA CAPACITÀ LAVORATIVA** È importante che l'A. continui ad essere seguita dal lato psicologico focalizzando il lavoro sulle realizzazioni positive ottenute dall'A. nella sua vita in maniera da limitare la tendenza alla recriminazione e alla rivendicazione. **INDICAZIONI CIRCA L'EFFETTUAZIONE DI PROVVEDIMENTI DI INTEGRAZIONE PROFESSIONALE** Non ritengo che provvedimenti di integrazione professionale siano indicati in questo caso. **POSSIBILITÀ DI SVOLGERE ALTRE ATTIVITÀ** Come casalinga l'A. è anche abile totalmente dal lato esclusivamente psichiatrico." (doc. AI 25/17-18) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 7 aprile 2009 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento non hanno posto nessuna diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, mentre quale diagnosi senza

influenza sulla capacità lavorativa è stata indicata “ Fibromialgia. Periartropatia omeroscapolare tendinopatica bilaterale nell’ambito del quadro fibromialgico e su possibile lesione del labbro glenoidale. Lombalgie su alterazioni statiche ed iniziali alterazioni degenerative L5-S1. Tratti depressivi di personalità. Sovrappeso con BMI di 30 kg/m² ” (doc. AI 25-9). Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurata pienamente abile al lavoro (100%) in ogni attività dal mese di novembre 2006 (doc. AI 25-12). Nel decreto del 23 novembre 2009 (inc. 32.2009.167; doc. AI 45-1) il TCA ha stralciato la causa dai ruoli rinviando gli atti all’Ufficio AI per procedere "ad un aggiornamento peritale (...) da parte del Dr. _____ (perizia monodisciplinare in ambito del Servizio accertamento medico/SAM), il quale dovrà esprimersi sulle osservazioni poste dal _____, e sui criteri di Förster, ritenuta la presenza di problematica di tipo fibromialgico / somatoforme" . Nell’accertamento peritale del 19 aprile 2010 il Dr. _____, dopo aver riassunto l’anamnesi dell’assicurata e lo stato psichico, è giunto alle seguenti conclusioni: " (...) CONCLUSIONI Nonostante la presenza di un miglioramento della situazione oggettiva sul posto di lavoro e sul piano finanziario l’A. ha mantenuto, a distanza di due anni, lo stesso atteggiamento mentale rivolto al passato quale luogo della memoria nel quale si sono verificati episodi che l’hanno irrimediabilmente delusa ed amareggiata. È presente nella coscienza psicologica dell’A. la costante di una certa rabbia verso il destino avverso che continua a gettare una ombra negativa su quanto di buono si è comunque venuto oggettivamente a creare nel frattempo nella sua vita. L’A. mostra dunque un angolo di visuale ristretto e fissato che ha portato ad una cristallizzazione di immagini idealizzate che non si sono concretamente realizzate piuttosto che ad una vera e propria deflessione dell’umore che non ho potuto invece appurare nell’esame psichico dell’A. Le conclusioni a cui sono giunto nel precedente rapporto sono dunque pressoché le medesime già enunciate. Siamo confrontati con un problema di atteggiamenti mentali fissati (aspetto che per la verità è stato preso in considerazione anche dai colleghi del _____ nel loro rapporto riconducendolo ad un nucleo depressivo non scalfibile dai medicinali antidepressivi finora prescritti e assimilabile a mio modo di vedere ad una incrinatura della sfera affettiva piuttosto che ad una deflessione del tono dell’umore) e di prospettive di vita ristrette che portano a sentimenti di delusione, rabbia e amarezza. L’inquadramento diagnostico è dunque sovrapponibile a quello riportato nel consulto da me precedentemente effettuato. Quanto evidenziato a mio avviso, all’infuori della persistenza del vissuto soggettivo a sfondo depressivo che come detto sopra è stato messo in evidenza anche dagli stessi colleghi del _____ nel loro rapporto, elemento sul quale sussiste dunque una sostanziale concordanza di vedute, non produce un impatto tangibile sul funzionamento psicologico dell’A. Concludendo ribadisco il mio punto di vista e rispetto alla presa di posizione dei colleghi del _____ ritengo che non ci siano degli elementi nuovi e persuasivi che giustifichino una incapacità lavorativa dal lato psichiatrico. **DIAGNOSI** Tratti depressivi di personalità. **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA** Nelle condizioni attuali non ritengo che sussista una incapacità lavorativa psichiatrica. **EVOLUZIONE DELLO STATO DI SALUTE** Lo stato psichico è rimasto invariato a distanza di due anni dalla precedente osservazione. **FATTORI CHE RIDUCONO LA CAPACITÀ LAVORATIVA** Dal lato psichico in questo momento non constato la presenza di fattori riducenti la capacità lavorativa dell’A. Faccio anche notare che l’ambiente di lavoro e la situazione finanziaria sono migliorati negli ultimi due anni. **POSSIBILITÀ DI MIGLIORARE LA CAPACITÀ LAVORATIVA** Come avevo già evidenziato nel

precedente consulto è a mio avviso importante che l'A. la presa a carico psicologica sia focalizzata su di un lavoro di recupero del potenziale positivo dell'A. attraverso lo smantellamento delle sue immagini idealizzate che la fissano nel passato rendendola scontenta di sé stessa. INDICAZIONI CIRCA L'EFFETTUAZIONE DI PROVVEDIMENTI DI INTEGRAZIONE PROFESSIONALE Non ritengo che provvedimenti di integrazione professionale siano indicati in questo caso. POSSIBILITÀ DI SVOLGERE ALTRE ATTIVITÀ Come casalinga l'A. è anche abile totalmente dal lato esclusivamente psichiatrico. MI ESPRIMO INFINE IN MERITO AI CRITERI DI FOERSTER 1- Nel caso in esame non è riscontrabile una comorbidità psichica non avendo riscontrato una diagnosi codificabile secondo l'ICD10. 2- L'A. presenta da anni una sintomatologia algica a carico dell'apparato locomotorio che è risultata refrattaria alle terapie effettuate. 3- Non sussiste un ritiro sociale in questo caso. 4- Esiste nell'A. un atteggiamento mentale negativo che si è fissato e che trova la sua ragione di essere in una proiezione dovuta delle sue immagini idealizzate che in parte determinano una fuga nella malattia. 5- Il comportamento cooperativo dell'A. nei confronti delle cure e il trattamento specialistico effettuato a regola d'arte non hanno finora portato ad un successo terapeutico soddisfacente. 6- Non sussistono indizi per un aggravamento in questo caso. Rimanendo a Vostra disposizione per ulteriori precisazioni e collaborazioni invio cordiali saluti." (doc. AI 55/18-20) 2.5. 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). 2.6. 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, il TCA, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, 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 della patologia reumatologica approfonditamente vagliata dai medici del SAM (Dr. _____), analogo discorso non può invece valere con riferimento ai disturbi di natura psichiatrica dell'assicurata, che necessitano, per contro, di essere ulteriormente indagati. 2.6.1. Nell'ambito della perizia SAM, l'assicurata è stata sottoposta

ad un accurato esame reumatologico, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale nel referto del 5 febbraio 2009 non ha posto alcuna diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, mentre senza influenza su tale capacità ha indicato “ Fibromialgia. Peri-artropatia omeroscapolare tendinopatica bilaterale nell’ambito del quadro fibromialgico e su possibile lesione del labbro glenoidale. Lombalgie su alterazioni statiche ed iniziali alterazioni degenerative L5-S1” (doc. AI 25-25). In considerazione dei reperti clinici e radiologici, secondo il Dr. _____ non vi sono delle alterazioni all’apparato muscolo-scheletrico tali da portare a delle limitazioni funzionali. RI 1 è dunque ritenuta abile al lavoro in forma completa in tutte le attività professionali e quale casalinga a partire dal 26 ottobre 2006 (doc. AI 25-26). 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. Tali non possono essere i referti del 17 giugno 2009 (doc. AI 38-18) e del 16 settembre 2009 (doc. AI 39-3) del medico curante Dr.ssa _____, spec. FMH in medicina generale e dunque non specialista in reumatologia. Nel primo documento viene succintamente certificata un’inabilità lavorativa del 50% dal

E. 17

giugno al 20 luglio 2009, mentre nel secondo viene posta una diagnosi sostanzialmente sovrapponibile a quella del Dr. _____ senza tuttavia alcuna indicazione circa la capacità lavorativa residua e i limiti funzionali. Nel referto vengono in gran parte descritti i disturbi soggettivi riportati dalla paziente stessa (cfr. doc. AI 38-18; 39-3). Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell’assicurata, dal profilo reumatologico, sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dal Dr. _____. 2.6.2. Quanto all’aspetto psichiatrico, per contro, il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti, prestare piena adesione alla valutazione peritale eseguita dal Dr. _____, per le ragioni che seguono. 2.6.2.1. 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. 2.6.2.2. Agli atti figurano, da un canto, le certificazioni dei medici del _____ - che, in qualità di specialisti, hanno avuto (ed hanno) in cura RI 1 - e, d'altro canto, le perizie SAM del Dr. _____. Di principio, questi referti possono essere presi in considerazione nell'ambito di una valutazione globale delle prove. In effetti, come visto, secondo la giurisprudenza federale, per decidere a proposito del valore probante di un mezzo di prova, determinante è il suo contenuto, piuttosto che la sua provenienza. Nel referto del 1° aprile 2009 il Dr. _____ ha posto la diagnosi di " Tratti depressivi di personalità " e ritenuto che dal profilo psichico non vi sono fattori che riducono la capacità lavorativa (doc. AI 25-17/18). Nel rapporto medico del 25 giugno 2008 della Dr.ssa _____, medico capo servizio, e della psicologa _____ del _____ è stata posta invece la diagnosi di " Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità con sintomi biologici (F33.11) ", a partire dal mese di maggio 2007, quando la paziente è stata annunciata al Servizio _____ alla Clinica di _____. Secondo i medici l'assicurata è da ritenere inabile al lavoro nella misura del 50% (doc. AI 30-4). Nelle annotazioni del 26 giugno 2009 il medico del SMR, Dr. _____, non ha considerato influente il referto del _____, in quanto antecedente alla valutazione del SAM (Dr. _____) (doc. AI 32-1). Nell'ambito quindi della procedura ricorsuale (inc. 32.2009.167) l'assicurata ha prodotto lo scritto del 14 settembre 2009 della Dr.ssa _____, medico capo clinica, e della psicologa _____ del _____) nel quale viene contestata la diagnosi posta dallo specialista e l'abilità completa dal mese di novembre 2006, con particolare riferimento alle certificazioni d'inabilità del 2008 e 2009 dei medici curanti che – secondo il _____ – non sarebbero state prese in debita considerazione. Le Dr.sse _____ hanno da parte loro indicato una diagnosi di " episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici nel contesto di una sindrome depressiva ricorrente (ICD-10, F33.11) " (doc. AI 38-8/9). In sede di rinvio per nuovi accertamenti di carattere psichiatrico, voluti dall'UAI su indicazioni del SMR per chiarire la differente diagnosi e le divergenze di valutazione, il Dr. _____ ha confermato sia la diagnosi di " Tratti depressivi di personalità " che l'assenza di fattori che riducono la capacità lavorativa dell'assicurata. Il Dr. _____ ha quindi concluso ribadendo il proprio punto di vista e indicando che " rispetto alla presa di posizione dei colleghi del _____ ritengo che non ci siano degli elementi nuovi e persuasivi che giustifichino una incapacità lavorativa dal lato psichico " (doc. AI 55-18). Le conclusioni del Dr. _____ sono state confermate dai medici del SMR, Dr. _____ nelle annotazioni del 14 giugno 2010 (doc. AI 57-1) e Dr.ssa _____, nel rapporto medico del 30 giugno 2010 (doc. AI 58-1). Il 15 luglio 2010 i medici del _____ hanno nuovamente preso posizione sulla valutazione del Dr. _____, contestandola, e negando un miglioramento della situazione professionale e finanziaria dell'assicurata (doc. AI 67-1) Il

Dr. _____ e la Dr.ssa _____ i nei rispettivi rapporti del 27 settembre 2010 e del 30 settembre 2010 riconfermano la valutazione peritale SAM (doc. AI 71-2; 72-1). In sede di ricorso al TCA il Dr. _____, medico capo-clinica _____ e spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, la Dr.ssa _____, Capo servizio _____ e la psicologa _____ hanno prodotto un nuovo referto datato 9 novembre 2010 concernente l'assicurata nel quale viene riassunta l'anamnesi, il trattamento attuale, lo status psichico e posta la diagnosi di " Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, con sintomi biologici (ICD-10, F33.11) e Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-10, F45.4) " con una ripercussione sulla capacità lavorativa del 50% dal 1° maggio 2007. Viene inoltre riconosciuto un " profilo personologico con verosimili tratti di dipendenza (ICD-10, F60.7) e possibili aspetti di Sindrome da disadattamento (ICD-10, F43.2) " (doc. A2). A mente dei medici del _____ la prognosi è negativa e il quadro psicopatologico appare cronicizzato. Rispetto alla patologia somatoforme viene osservata la presenza dei seguenti elementi: " (...) - Co-morbidità psichiatrica: è presente una sindrome depressiva ricorrente. - Malattie somatiche croniche: vedi diagnosi somatiche sotto riportate. - Perdita d'integrazione sociale: la paziente si è divorziata, sussiste una tendenza all'isolamento sociale, ha ridotto la propria attività lavorativa al 50%. - Decorso su più anni con sintomatologia invariata benché apparentemente non progredente ma senza remissione prolungata. - Insoddisfacenti risultati terapeutici nonostante trattamenti adeguati stazionari (cfr. ricovero Clinica riabilitativa di _____) ed ambulatoriali, con approcci variegati. - Sono stati previsti trattamenti riabilitativi giudiziosi. - Assenza di importante vantaggio secondario sociale" (doc. A2, pag. 3). I medici del _____ hanno così concluso la loro valutazione: " (...) MOTIVAZIONI A SOSTEGNO DEL RICORSO In primo luogo, nella decisione emanata dall'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità il 14.10.2010, è riportato che il Servizio d'Accertamento Medico, Bellinzona riconosce "una diversa valutazione dello stato di salute" da parte nostra, i curanti, e del medico psichiatra incaricato dell'aggiornamento peritale. Malgrado questa netta discrepanza fra le due valutazioni il Servizio medico regionale dell'Ufficio AI non ha proceduto ad una valutazione dello stato psichico della paziente da parte di un terzo perito. Procedendo in questo modo ha dato pieno credito alla valutazione del perito SAM Dr. _____, screditando completamente quella dei curanti. In secondo luogo, nella valutazione dello stato psichico effettuata a febbraio 2010, il Dr. _____ riconferma le osservazioni della perizia del 2009, riconoscendo un quadro psichico tutto sommato stabile e non peggiorato. Da parte nostra riteniamo che la diagnosi posta dal collega di "tratti depressivi di personalità" e l'accento messo sull'atteggiamento mentale "fissato" della paziente, non caratterizzi sufficientemente il quadro psicopatologico depressivo, in quanto non riflette la componente "biologica" della depressione che invece la paziente riporta, in particolare sul piano della mancanza d'energia vitale che del disturbo del sonno e della sintomatologia dolorosa. Inoltre, è fatto noto che appartiene proprio ai quadri depressivi una tipologia di pensiero negativa e pessimista; la depressione genera una modifica nello stile cognitivo e quindi lo stato depressivo di cui è prigioniera la paziente determina ed influisce massicciamente sulla sua interpretazione della realtà. Come riconosce il Dr. _____, c'è come una "fissazione", che nel lavoro psicoterapeutico sino ad ora non è stato possibile modificare. A differenza del Dr. _____ che afferma che il vissuto soggettivo a sfondo depressivo non produce un impatto sul funzionamento psicologico della paziente, noi osserviamo tale impatto e le sue ricadute sul funzionamento sociale e professionale che ne risulta compromesso con un'abilità lavorativa che noi valutiamo ridotta al 50%. Questa "fissazione" la valutiamo come cristallizzazione di un

quadro depressivo che si riflette anche nella sintomatologia algica. La terapia antidepressiva non ha scalfito il nucleo depressivo e sembra fornire un supporto minimo e poco significativo. Il lavoro psicoterapeutico volge quindi alla stabilizzazione dello stato psichico che può essere obiettivo valido seppur non risolutivo. L'abilità lavorativa al 50% è possibile grazie alla stabilizzazione del quadro psicopatologico. CONCLUSIONI Il Dr. _____ riconosce un vissuto soggettivo depressivo nella paziente, ma non ne riconosce evidenza sul piano oggettivo. Da parte nostra osserviamo invece sintomi biologici della depressione: calo dell'energia vitale, aumentata affaticabilità (per la paziente, seppur motivata, è già molto impegnativo mantenere il 50% d'abilità lavorativa), un disturbo del sonno caratterizzato da un ritmo sonno-veglia alterato, difficoltà di mantenimento del sonno e risveglio precoce; anche la sintomatologia algica può essere considerata la traduzione nel corpo della componente depressiva. Circa il vissuto soggettivo, concordiamo con il Dr. _____ nell'evidenza di uno stile di pensiero "fissato", ma lo interpretiamo non come "tratto di personalità" bensì come sintomo di una sindrome depressiva cristallizzata. Da parte dei curanti si riconosce pertanto una sindrome depressiva ricorrente. In fine, circa la situazione della paziente sul piano professionale e finanziario, il miglioramento riferito dal Dr. _____, è impreciso e improprio. Al lavoro la paziente ha dovuto firmare un contratto di percentuale ridotta d'impiego e che non copre le assenze per malattia, le sue entrate sono quindi minime e insufficienti per una vita autonoma dalla figlia, il che è fonte di sentimenti d'inadeguatezza e di colpa. Sul posto di lavoro l'aspetto relazionale è sì migliorato, ma suscettibile di rapidi cambiamenti cui adeguarsi, le era infatti stato ventilato un cambiamento di sede con l'inizio dell'anno scolastico poi non avvenuto. Precisiamo inoltre che la situazione finanziaria non entra in linea di conto nella valutazione della capacità lavorativa di un paziente (doc. A2). Il rapporto del 9 novembre 2010 è quindi stato sottoposto dal SMR (Dr.ssa _____) al SAM che lo ha inviato al Dr. _____ per una sua presa di posizione sulle argomentazioni sollevate dai medici curanti. La Dr.ssa _____ del SMR, il 22 novembre 2010, ha chiesto chiarimenti al SAM, in merito alle seguenti argomentazioni: "(...) - Gli elementi clinici che hanno portato il vostro perito ad un diverso orientamento diagnostico (sindrome depressiva ricorrente vs tratti depressivi di personalità); - Il corrispondente codice ICD relativo alla diagnosi posta dal Dr. _____; - Dalla perizia psichiatrica sono emersi elementi medici che possano confermare le diagnosi ICD F 60.7 e F 43.2, citate nel rapporto del Dr. _____ allegato?" (doc. VII). Il perito, Dr. _____, si è così espresso: "Caro collega, ho preso visione del rapporto del 09.11.2010 dello psichiatra curante dell'A. Dr. med. _____ e delle osservazioni formulate dal medico SMR Dr.ssa med. _____ in data 22.11.2010. Parallelamente in riferimento alla presa di posizione richiestami da quest'ultima sulle argomentazioni sollevate dallo psichiatra curante dell'A. rispondo come segue: 1- Sulla base dell'esame specialistico da me effettuato in data 24.02.2010 non ho potuto oggettivare una deflessione del tono dell'umore o altri disturbi specificatamente correlabili con una vera e propria patologia affettiva quanto piuttosto un vissuto di delusione e di amareggiamento presente nella coscienza psicologica dell'A. la cui genesi va ricondotta a quanto riportato nelle conclusioni dell'accertamento da me effettuato. 2- La diagnosi da me posta corrisponde al codice F34.8 dell'ICD10. 3- Non ho potuto appurare degli elementi correlabili con le diagnosi F60.7 e F43.2 come invece sono stati rilevati dal collega Dr. _____. Per quanto infine attiene alla richiesta di precisazione formulata dall'Avv. _____ confermo in toto quanto riportato nella mia valutazione." (doc. VII) 2.6.2.3. 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. 2.6.2.1.), ritiene che, nel caso di specie - alla luce dell'importante divergenza di diagnosi e di valutazione della capacità lavorativa residua - vada ulteriormente approfondito l'aspetto psichiatrico. Il Dr. _____ nei propri referti peritali ha sempre confermato la diagnosi di " Tratti depressivi di personalità " (doc. AI 25-17; 55-18), mentre i medici del _____ hanno posto una diagnosi ben più ampia indicando: " Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, con sintomi biologici (ICD-10, F33.11) e Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-10, F45.4) e un " profilo personologico con verosimili tratti di dipendenza (ICD-10, F60.7) e possibili aspetti di Sindrome da disadattamento (ICD-10, F43.2)" (doc. AI A2). Dal punto di vista diagnostico va, in particolare, chiarita la presenza o meno di una " sindrome depressiva ricorrente ". I medici del _____ ritengono che la diagnosi posta dal Dr. _____ di " Tratti depressivi di personalità " non caratterizzi sufficientemente il quadro psicopatologico depressivo della paziente, in quanto non riflette la componente "biologica" della depressione che l'assicurata riporta. Secondo il _____ il vissuto soggettivo della paziente, gli " atteggiamenti mentali fissati ", di cui sia il perito che i medici del _____ hanno constatato la presenza, vengono valutati come una " sindrome depressiva cristallizzata " (doc. A2). Per contro, il Dr. _____ non ha oggettivato " una deflessione dell'umore o altri disturbi specificatamente correlabili con una vera e propria patologia affettiva " (doc. VI1). In merito all'influsso che tali patologie psichiatriche hanno sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata il Dr. _____ ha ribadito l'assenza di un'incapacità lavorativa, mentre i medici del _____ hanno sempre certificato un'inabilità del 50%. In tale contesto va ricordato che il Tribunale federale - a proposito del principio sopra esposto secondo cui alle certificazioni del medico curante, anche se specialista, va riconosciuto un valore di prova limitato in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente - ha già avuto modo di sottolineare che non va tuttavia dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C_468/2009 del 9 settembre 2009; D. Cattaneo, in " Les expertises en droit des assurances sociales, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). Questa circostanza assume, nel caso di specie, un'importanza decisiva. I medici del _____ hanno in cura la paziente dal mese di maggio del 2007 e da quel momento è stata certificata un'inabilità la 50% per un " episodio depressivo di media gravità con sintomi biologici nel contesto di una sindrome depressiva ricorrente (ICD-10, F33.11) ". Per contro, il Dr. _____ ha visitato l'assicurata in sole due circostanze: il 28 gennaio 2009 e il 24 febbraio 2010 (doc. AI 15-1; 25-14; 55-15). 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). 2.7. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all'assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all'assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale

giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560) , il quale ha centrato la sua critica sull'art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell'assicuratore accertare d'ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche . Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all'assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d'altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l'assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D'altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale ha ricordato - facendo riferimento a una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all'amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incanto retrocesso all'Ufficio AI, affinché 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. 2.8. 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. 2.9. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dal RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

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