

# **TI\_GERICHTE 32.2015.176 vom 18. Oktober 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-10-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2015.176\\_d20051018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.176_d20051018)

FR: TI\_GERICHTE 32.2015.176 du 18 octobre 2005

IT: TI\_GERICHTE 32.2015.176 del 18 ottobre 2005

## **Regeste**

Nuova domanda. Viste le risultanze della perizia SAM con complemento, a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto a prestazioni risultando lo stato di salute sostanzialmente invariato rispetto alla precedente perizia del SAM. Valutazione anticipata delle prove: rifiuto di una perizia giudiziaria

## **Erwägungen**

### **E. 1**

OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Al riguardo nella DTF 140 V 2 l'Alta Corte ha stabilito che se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia. L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Va ancora rilevato che nella STF 8C\_237/2014 del 21 gennaio 2015 pubblicata in DTF 141 V 9 e SVR 2015 IV Nr. 21, pag. 62, il TF ha stabilito che "(...) se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (consid. 5 e 6). (...)" (regesto della DTF 141 V 9).

2.5. Nella fattispecie in esame, come accennato (cfr. consid. 1.3; vedi anche l'annotazione 15 settembre 2014 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ sub doc. AI 66), l'Ufficio AI è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni del mese di agosto 2014. L'amministrazione – visti i referti 1. settembre 2014 del dr. \_\_\_\_\_, medico pratico (doc. AI 69/A) e 12 settembre 2014 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. AI 69/B) (indirizzati all'avv. RA 1 e allegati alle osservazioni 12 settembre 2014 sub doc. AI 69 interposte al progetto dell'11 agosto 2014 sub doc. AI 65), l'annotazione 15 settembre 2014 del medico SMR dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 66) e i rapporti medici del dr. \_\_\_\_\_ inviato il 15 settembre 2014 (doc. AI 70), della dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e

psicoterapia, del 2 ottobre 2014 (doc. AI 71) e del dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, del 14 ottobre 2014 (doc. AI 75) – ha ordinato una perizia pluridisciplinare a cura del SAM (doc. AI 72, 73 e da 76 a 90). Dalla perizia pluridisciplinare del SAM del 3 agosto 2015 (doc. AI 91), risulta che i periti hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr.ssa \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_) e neuropsicologica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno dell'insorgente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le seguenti diagnosi: "(...) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo dell'adattamento con umore depresso (ICD-10 F 43.21) 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Disturbo da sintomi somatici (ICD-10 F 45.1). Fibromialgia. Disturbi cognitivi di entità moderata (difficoltà di memoria, di approfondimento, diminuzione dell'attenzione e difficoltà di pianificazione). Pregressa frattura lunga obliqua del quarto metacarpo a sin. con/su: - trauma del 25.8.2002 Gastrite ed ernia iatale. Dislipidemia. Asma bronchiale (non trattata). (...)" (doc. AI 91/14-15) Visti tutti gli atti medici raccolti – dopo un'attenta valutazione e posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'A presenta una capacità lavorativa dell'80%. (...)" (doc. AI 91/27) – i periti hanno espresso la seguente valutazione circa le conseguenze sulla capacità lavorativa e d'integrazione: "(...) 8

**CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA**

8.1 Capacità di lavoro nell'attività abituale

8.1.1 A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta alle ridotte capacità cognitive, alla facile stancabilità, alla presenza di una personalità molto probabilmente incapace di adattarsi ai cambiamenti.

8.1.2 Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. 80%.

8.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto (80%).

8.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. Decade.

8.1.2.3 Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate.

8.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? Questa capacità lavorativa è presente da anni (sicuramente dall'agosto 2014 allorché l'Ufficio AI del Canton Ticino ha ricevuto l'ultima richiesta di prestazioni AI per adulti).

9 **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE**

9.1 Capacità di lavoro in un'attività adeguata

9.1.1 Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Dal lato reumatologico non vi sono limiti funzionali. Si consigliano, però, attività senza l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie (facendo riferimento al dato anamnestico di asma bronchiale).

9.1.2 Indicare la capacità lavorativa per attività adeguata, in percentuale oppure in ore al giorno. 80%.

9.1.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. Presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto (80%).

9.1.2.2 Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione del rendimento o se il rendimento è pieno. Decade.

9.1.2.3 Se si

raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Sono già state conteggiate. 9.1.3 Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività adeguata può essere considerata valida? E' presente da parecchio tempo, sicuramente da agosto 2014 (ricezione della nuova richiesta di prestazioni AI per adulti). 9.1.4 Esprimersi anche sulla capacità lavorativa in ambito domestico, facendo riferimento alle diverse funzioni. 100% 9.2 Reintegrazione professionale 9.2.1 Sono medicalmente sostenibili provvedimenti professionali volti alla reintegrazione nella libera economia? Sì! 9.2.2 In caso affermativo, a partire da quando (mese e anno)? Da subito. 9.2.3 Di quali elementi bisogna tener conto dal punto di vista medico? Si consiglia un'attività senza l'esposizione ad agenti irritativi delle vie respiratorie. 9.2.4 Se in corso di revisione si constata uno stato di salute invariato, definire se è presente un potenziale di integrazione professionale che può essere valorizzato attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro. Lo stato è invariato, si consiglia un riallenamento progressivo al lavoro, essendo l'A. lontano dal mondo lavorativo da più di 10 anni. 9.3 Obbligo di diminuire il danno da parte dell'A. 9.3.1 Adeguatezza della terapia attuale, esigibilità di una terapia adeguata secondo le linee guida? Si consiglia una modificazione del trattamento farmacologico psichiatrico. 9.3.2 Quale miglioramento funzionale (in percentuale) ci si può verosimilmente aspettare con una terapia adeguata e in quanti mesi? Al momento non siamo in grado di rispondere. 9.3.3 Altri suggerimenti per aumentare la capacità lavorativa (es. adeguamento del posto di lavoro, mezzi ausiliari ecc.) Non ve ne sono. 10 OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI 10.1 Altri quesiti del medico SMR. Non sono poste. 10.2 Si chiede al perito di rispondere ad eventuali domande poste dall'A. o dal suo rappresentante legale. Non sono poste. Lasciamo al Servizio Medico Regionale, rispettivamente all'Ufficio AI, la decisione di inviare copia della nostra perizia al medico curante, affinché sia informato sulle conclusioni peritali. (...)" (doc. AI 91/27-31) Nel rapporto finale SMR del 5 agosto 2015 il dr. \_\_\_\_\_, confermate le diagnosi poste dai periti del SAM, ha quindi concluso per un'incapacità lavorativa del 20% dall'agosto 2014 sia nell'attività abituale che in un'attività adeguata e dello 0% quale casalinga (doc. AI 92). L'insorgente (sempre tramite l'avv. RA 1), nell'ambito delle osservazioni dell'8/25 settembre 2015 (doc. AI 96 e 97; interposte al progetto del 7 agosto 2015 sub doc AI 93; cfr. consid. 1.3), ha contestato la valutazione psichiatrica producendo la presa di posizione 31 agosto 2015 del medico curante dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 96/A) e la valutazione 18 settembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. AI 97/A). Il SAM, interpellato dall'Ufficio AI (cfr. doc. AI 99 e 100), con complemento peritale del 5 novembre 2015 (doc. AI 102 nel quale è stato riprodotto integralmente il rapporto del 29 ottobre 2015 della consulente psichiatrica sub doc. AI 102/A) si è confermato nella propria valutazione. Nell'annotazione del 10 novembre 2015 il dr. \_\_\_\_\_ ha pertanto confermato il rapporto finale SMR del 5 agosto 2015 (doc. AI 103). L'Ufficio AI, viste le risultanze mediche svenunciate, con decisione dell'11 novembre 2015 ha negato all'assicurata il diritto a prestazioni risultando lo stato di salute invariato rispetto alla precedente decisione del 18 ottobre 2005 (cfr. consid. 1.3). 2.6. Per poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Il compito del medico consiste 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 (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid.

#### **E. 4**

DESCRIZIONE DI ATTIVITA' ED ABITUDINI L'A. si alza tra le 8:30-9:00 del mattino. Prega, legge la bibbia. Fa colazione. Fa un po' di polvere. Ascolta musica cristiana. Legge il giornale. In mattinata va a passeggio durante 30 min. Esegue poi qualcosa in casa. Prepara il pranzo che consuma da sola (il marito torna più tardi). Nel pomeriggio è stanca ma cerca di fare qualcosa; cambia posizione: seduta, in movimento, sul terrazzo. Dopo cena, consumata con il marito, non esce più di casa. Si corica a letto verso le 21:00 e guarda la TV. Si addormenta tardi tra le 24:00-1:00. La notte è disturbata per esempio da dolori, formicolio alle mani e necessità di recarsi in bagno.

#### **E. 5**

TRATTAMENTO PSICHIATRICO ATTUALE Zoldorm

#### **E. 10**

uno in serata (zolpidem); Deanxit 1 a mezzogiorno (10 mg melitracen, 0,5 mg flupentixol); Temesta Expidet 2,5 alla sera (clorazepam). (...)” (doc. AI 91/A, pag. 7). La frase “(...) non so attualmente che terapia stia assumendo (...)” è stata invece estrapolata dal succitato rapporto del 29 ottobre 2015 (cfr. consid. 2.7.3) nel quale la dr.ssa \_\_\_\_\_ non poteva dire altro essendo stata chiamata ad esprimersi sulla presa di posizione 31 agosto 2015 del dr. \_\_\_\_\_ rispettivamente sulla valutazione 18 settembre 2015 del dr. \_\_\_\_\_. Inoltre, questo Tribunale può fare propria anche la conclusione del medico SMR dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, che nell’annotazione del 26 gennaio 2016 ha evidenziato che “(...) riguardo ai medicinali elencati dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ non ho elementi per dubitare che tale medicazione sia stata riferita alla perita psichiatrica dall’assicurata stessa. Se l’assicurata abbia, in effetti, fatto confusione con i medicinali, non posso escludere una scarsa compliance alla terapia medicamentosa. (...)” (IV/1). Quanto, infine, alla critica stante la quale “(...) a mente della qui ricorrente, due soli colloqui, in un lasso di tempo molto ravvicinato (uno il 7 maggio 2015 e l’altro il 28 maggio 2015), non sono sufficienti per poter valutare compiutamente il suo stato di salute ed esprimersi in merito agli elementi di depressione riscontrati. Lo stesso perito SMR conferma la presenza “ciclicamente” (cfr. decisione di fenomeni di tipo depressivo, ciò che lascia quindi pensare ad una sindrome depressiva ricorrente, che varia nel tempo e che necessita di un’osservazione durante un lungo periodo. (...)” (I, pag. 8), va rilevato quanto segue. Ribadito che per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa, già si è detto sopra delle valide argomentazioni e precisazioni addotte dai periti del SAM che confermano la valutazione della consulente dr.ssa \_\_\_\_\_. Va qui ancora evidenziato che dopo la perizia pluridisciplinare del SAM del 20 luglio 2005 non risulta che l’insorgente abbia più interpellato degli specialisti in psichiatria fino al trattamento presso la dr.ssa \_\_\_\_\_ effettuato dal 17 giugno al 25 agosto 2014. In seguito, dopo aver interrotto il rapporto di cura con la dr.ssa \_\_\_\_\_ – al riguardo la specialista ha precisato che “(...) alla paziente che si è rivolta alla sottoscritta per essere aiutata ad ottenere un riconoscimento della sua malattia, la sottoscritta ha precisato che la fibromialgia di cui sembrerebbe affetta non è riconosciuta dall’Assicurazione Invalidità. Dopo questa affermazione da parte mia la paziente ha interrotto ed annullato le sedute di psicoterapia. (...)” (doc. AI 71, punto 1.4) –, dal 3 settembre 2014 l’assicurata si è rivolta al dr. \_\_\_\_\_. Inoltre, ma non da ultimo, questo

Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni del medico SMR dr. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria e psicoterapia, che nell'annotazione del 26 gennaio 2016 ha evidenziato che "(...) la valutazione psichiatrica SAM allestita dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ è aderente alle linee guida per le perizie psichiatriche, adeguatamente motivata nelle sue conclusioni. I colloqui si sono svolti a sufficiente distanza uno dall'altro. Nella sua successiva risposta alle osservazioni presentate, la stessa Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha ulteriormente argomentato le sue conclusioni. Il rapporto del Dr. \_\_\_\_\_ riporta un diverso apprezzamento del curante dello stesso stato clinico osservato dalla perita psichiatrica SAM. (...)" (IV/1). 2.8. In simili circostanze, visto tutto quanto precede e ritenute quelle del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ solo delle diverse valutazioni, questo Tribunale deve quindi confermare la perizia pluridisciplinare del 3 agosto 2015 del SAM con relativo complemento del 5 novembre 2015 (doc. AI 91 e 102). Risultando uno stato di salute sostanzialmente invariato rispetto a quello della precedente perizia del SAM del 20 luglio 2005 (cfr. consid. 1.1), è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha respinto la nuova domanda di prestazioni dell'agosto 2014 (cfr. consid. 1.3). 2.9. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra fr. 200.-- e fr. 1'000.-- 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.--vanno poste a carico dell'insorgente.

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