

TI_GERICHTE 32.2015.7 vom 18. November 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-11-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.7

FR: TI_GERICHTE 32.2015.7 du 18 novembre 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2015.7 del 18 novembre 2014

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%.

L'Amministrazione ha considerato RI 1 persona senza attività lucrativa, in quanto dopo l'intimazione della decisione del 14 novembre 2007, benché abile in misura completa in attività adeguate, non ha effettuato ricerche di lavoro e non si è annunciato presso un ufficio regionale di collocamento (doc. AI 105-1).

A seguito dell'infortunio del 1° marzo 2004 egli ha beneficiato delle indennità giornaliere dell'assicuratore infortuni sino alla chiusura del caso avvenuta con effetto al 1° febbraio 2006 (cfr. sentenza TCA 35.2006.45 del 13 settembre 2006 cresciuta incontestata in giudicato), mentre l'assicurazione invalidità, con la decisione del 14 novembre 2007, gli ha invece versato una rendita intera dal 1° giugno 2005 al 31 luglio 2005 (doc. AI 45-1).

In data 22 marzo 2013 l'UAI ha interpellato il precedente rappresentante legale chiedendogli se RI 1 nel periodo compreso tra il 2007 e il 2011 si è impegnato nella ricerca di un'attività lavorativa (doc. AI 90-1).

L'UAI ha quindi concluso che il ricorrente, benché abile in attività adeguate, dopo l'intimazione della decisione del 14 novembre 2007 non si è attivato nella ricerca di un'attività lavorativa.

Il caso di RI 1 è stato così valutato alla luce degli impedimenti nelle abituali mansioni svolte come persona senza attività lucrativa (doc. AI 105-1).

Questa conclusione può essere fatta propria da questa Corte.

Infatti nella visita medica di chiusura svolta in ambito LAINF il 5 aprile 2005, il Dr. _____ aveva ritenuto l'assicurato abile al lavoro in misura totale (doc. LAINF 2-19).

Nella perizia SAM del 26 giugno 2007, svolta invece in ambito AI, i periti hanno concluso per una capacità lavorativa del 70% come autista e una piena abilità in attività adeguate dall'agosto 2005 (doc. AI 33-15).

Con la decisione del 14 novembre 2007, cresciuta incontestata in giudicato (cfr. doc. AI 45-1), l'Ufficio AI ha quindi attribuito all'assicurato una rendita intera dal 1° giugno 2005 al 31 luglio 2005 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute).

Ne consegue che nel periodo compreso tra il 2007 e il 2011 RI 1 era da ritenere pienamente abile in attività adeguate.

Dalla documentazione agli atti e dalle stesse dichiarazioni del ricorrente emerge però che non ha svolto alcuna ricerca di lavoro e non si è annunciato presso un ufficio di collocamento.

La documentazione medica cui fa riferimento l'insorgente in sede di osservazioni al progetto di decisione (cfr. doc. AI 100-1) per sostenere che non poteva svolgere ricerche di lavoro è stata oggetto di valutazione da parte dei periti del SAM e non permette una diversa valutazione del caso (cfr. annotazione del 16 giugno 2014 del Dr. _____, doc. AI 104-1).

Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che:

"()

Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFAI 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b)."

In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, **Le perizie nelle assicurazioni sociali** in **Le perizie giudiziarie** Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257).

Tali criteri sono stati così riassunti in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso:

"6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrante nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich

Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294).

In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)."

Anche in un'altrasentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che:

"5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid.3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid.2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)."

In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità.

Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster).

In una sentenza 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2).

Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia, nella quale l'Alta Corte si è così espressa:

"()

4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurassthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. ()

In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi dolorosi persistenti.

L'Alta Corte ha abbandonato la presunzione secondo cui i disturbi derivanti da sindrome somatoforme dolorosa o i loro effetti possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cambiamento della giurisprudenza; consid. 3.4 e 3.5). La prassi fondata sul modello regola/eccezione è sostituita da uno schema di valutazione normativo strutturato, sulla base di un catalogo di indicatori.

Affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. 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; 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).

Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss).

Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione ed deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato.

Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte.

La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri.

Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata.

Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.10. 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. 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).

In una sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010.

L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). Dall'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi:

(a livello amministrativo)

- assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1),
- differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2),
- miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3),
- rafforzamento dei diritti di partecipazione:
 - in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93);
 - alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446);

(a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza)

In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997

Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2).

L'art. 72bis OAI, in vigore dal 1° marzo 2012, dedicato alle perizie mediche pluridisciplinari stabilisce al cpv. 1 che Le perizie che interessano tre o più discipline mediche sono eseguite da un centro peritale con cui l'Ufficio federale ha concluso una

convenzione■ e al cpv. 2 che ■i mandati sono attribuiti con metodo aleatorio■.

Per mettere in pratica quanto prescritto all■art. 72bis cpv.2 OAI l■UFAS ha allestito il sistema di attribuzione ■Suisse MED@P■ (cfr. R. Kocher, SuisseMed@P a deux ans: où en sommes-nous?■ in Sécurité sociale 5/2014, pag. 288 e seg.; vedi DTF 138 V 271).

In una sentenza pubblicata in DTF 140 V 508, consid. 3.1 e 3.2.1. il Tribunale federale ha ribadito che la scelta del perito in ambito di perizie mediche pluridisciplinari deve sempre avvenire secondo il metodo aleatorio (vedi pure DTF 139 V 349 consid. 5.2.1; DTF 138 V 271 consid. 1.1.).

A proposito dei rapporti del medico curante, l■Alta Corte ha stabilito che secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del legame di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012; 8C_5/2011 del 27 giugno 2011; 8C_790/2010 del 15 febbraio 2011; 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc).

La giurisprudenza federale sottolinea così costantemente la necessità di tenere conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C_697/2013 del 15 novembre 2013 consid. 3.2.;9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4. con riferimenti;9C_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2.).

Il Tribunale federale ha comunque già avuto modo di sottolineare che non va 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 sentenza 9C_468/2009 del 9 settembre 2009, consid.3.3.1; D. Cattaneo, in ■Les expertises en droit des assurances sociales■, in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124).

Questa giurisprudenza viene applicata da questo Tribunale (cfr. ad esempio sentenza 32.2013.183 del 20 ottobre 2014, attualmente pendente davanti al Tribunale federale; sentenza 32.2012.185 del 14 febbraio 2013; sentenza 32.2011.326 del 31 maggio 2012; sentenza 32.2011.200 del 19 gennaio 2012; sentenza 32.2010.308 del 19 maggio 2011; sentenza 32.2010.137 del 21 marzo 2011) e dal Tribunale amministrativo federale (cfr. sentenza C-2693/2007 del 5 dicembre 2008).

Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007).

2.11. Nella decisione del 28 gennaio 2015, l■amministrazione ha attribuito all■assicurato una rendita intera d■invalidità limitatamente al periodo di tempo compreso tra il 1° febbraio 2012 e il 30 giugno 2012, sopprimendola poi dal 1° luglio 2012 ritenuto che dalla valutazione medica SAM e dall■inchiesta economica esperita è emerso che l■interessato non presenta un grado di invalidità pensionabile (doc. IV2).

Il TCA è, quindi, ora chiamato a valutare, alla luce di quanto esposto ai considerandi 2.3. e 2.4., se l■UAI ha correttamente o meno soppresso la rendita spettante a RI 1, a fare tempo dal 1° luglio 2012.

Globalmente, nel rapporto peritale del 7 febbraio 2013, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali del ricorrente presso il citato

centro di accertamento, hanno posto la seguente diagnosi in influenza sulla capacità lavorativa:

Quale diagnosi in influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno indicato:

Quanto alla capacità lavorativa medico teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura del 25% come autista e collaboratore di una ditta di trasporti e traslochi (riduzione del rendimento) dal 15 marzo 2012, mentre in un'attività adatta alla salute l'abilità è piena (100%) a sei mesi dall'intervento al rachide lombare, cioè dal 15 marzo 2012.

Nel periodo dall'8 febbraio 2011 al 14 marzo 2012 l'inabilità è del 100%, mentre per il periodo antecedente all'8 febbraio 2011 valgono le condizioni stabilite in precedenza dall'UAI (vedi decisione del 14 novembre 2007) (doc. AI 81-22).

Le conclusioni del SAM sono state avallate anche dal Dr. _____ del Servizio Medico Regionale dell'AI (cfr. rapporto del 18 febbraio 2013, doc. AI 83-1).

2.12.1. Per quanto riguarda la patologia neurologica, l'assicurato è stato sottoposto a una valutazione specialistica da parte del Dr. _____, spec. FMH in neurologia, il quale nel rapporto del 14 gennaio 2013 ha posto la diagnosi di Sindrome lombovertebrale cronica, stato dopo TLIF L4-5 il 15.09.11, spondilartrosi L5-S1. - Leggera emisinrome ds più pronunciata all'arto inferiore probabilmente funzionale, ev post-traumatica dopo contusione dell'arto inferiore ds 1.3.04 con frattura Weber A della cavaglia ds complicata da un sospetto M.Sudeck. - Stato da meniscectomia ds. - Sindrome depressiva (doc. AI 81-38).

Il TCA non ha ragioni per scostarsi da questa valutazione.

Dal punto di vista della capacità lavorativa residua, secondo il Dr. _____ l'assicurato è abile al lavoro nella misura del 25% come autista e collaboratore di una ditta di trasporti e traslochi (riduzione del rendimento) dal 15 marzo 2012, mentre in un'attività adatta alla salute l'abilità è piena (100%) a sei mesi dall'intervento al rachide lombare, cioè dal 15 marzo 2012.

Nel periodo dall'8 febbraio 2011 al 14 marzo 2012 l'inabilità è del 100% (doc. AI 81-36).

In sede di ricorso RI 1 ha presentato uno scritto della fisioterapia _____ che attesta unicamente lo svolgimento di un trattamento fisioterapico (doc. C), nonché due certificati del Dr. _____ (doc. D e E), medico generalista, e uno della _____ (doc. B) che si riferiscono tuttavia al periodo 2006/2011 e non si confrontano con la perizia del Dr. _____.

Per quanto riguarda infine il rapporto del 3 marzo 2015 della _____ linik, dallo stesso non emergono nuovi elementi oggettivi in grado di confutare le conclusioni del Dr. _____.

La diagnosi è sovrapponibile a quella del perito SAM e non vi sono indicazioni sulla capacità lavorativa residua e i limiti funzionali (doc. XIII+i).

Secondo il Dr. _____, questo rapporto non contiene nuove informazioni in grado di modificare limiti e risorse (cfr. annotazioni del 20 marzo 2015, doc. XVIII1).

Questi documenti non permettono dunque una diversa valutazione della fattispecie dal profilo reumatologico.

A suo parere non vi sono limitazioni della capacità lavorativa residua dell'assicurato.

A proposito dei criteri di Förster il perito non ha messo in evidenza una morbosità psichiatrica concomitante di particolare gravità e intensità quanto piuttosto uno stato psicologico fissato nel quale la coscienza di sé è completamente identificata con il fatto di avere subito un danno corporeo e di sentirsi per conseguenza vittima di una ingiustizia.

Il Dr. _____ ha quindi rilevato uno stato psichico cristallizzato senza evoluzione possibile dal punto di vista terapeutico anche se questo di per sé non significa che l'approccio psicoterapeutico adottato finora sia inutile. Nel corso degli anni infatti sono state adottate terapie e provvedimenti di riabilitazione il cui esito ha consentito almeno una limitazione del disturbo del dolore cronico. Infine, il perito ha concluso indicando che più che una perdita della capacità di integrazione e una tendenza all'isolamento sociale vi è sempre secondo lo specialista una certa riluttanza ad entrare in un clima di confidenza emotiva con gli altri (doc. AI 81-43+44).

In sede di ricorso al TCA, l'assicurato ha contestato le risultanze peritali del Dr. _____ fondandosi sui certificati del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapiche nello scritto del 22 dicembre 2014 (doc. F) ha espresso le seguenti considerazioni:

()

Il TCA non ha ragioni per scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione, per le seguenti ragioni.

Sia il rapporto riassuntivo del 12 dicembre 2014 (doc. F) che il certificato del 9 marzo 2015, in cui lo psichiatra curante ha attestato un'inabilità al lavoro del 75% per un periodo indeterminato (doc. L) sono stati sottoposti in data 6 ottobre 2015 dal TCA al perito del SAM, Dr. _____ (doc. XIX), il quale il 9 ottobre 2015 ha risposto di non aver ricavato da essi elementi atti a modificare la mia valutazione peritale del 11.01.2013 che pertanto confermo in toto sia dal punto di vista diagnostico sia da quello della capacità lavorativa (doc. XXIII1).

Va ancora precisato che nella lettera del SAM del 15 ottobre 2015, allegata alla risposta del Dr. _____, la Dr.ssa _____ e della Dr.ssa _____ si sono espresse in questi termini:

Con scritto del 23 ottobre 2015 il TCA ha invitato le parti a prendere posizione riguardo l'ultima frase evidenziata dalla Dr.ssa _____ e dalla Dr.ssa _____ del SAM (doc. XXIV).

Con scritto di posta elettronica del 5 novembre 2015 il Dr. _____ ha indicato, in particolare, che il paziente ha presentato uno stato di agitazione, ira e tensione in seguito al mancato riconoscimento della sua inabilità al guadagno e al mancato compenso da parte delle assicurazioni coinvolte e questo in due riprese: la prima in occasione della consultazione del 22.04.2014 e la seconda, meno accentuata il 22.12.2014. Ho avuto altri due colloqui il 09.03.2015 e il 29.07.2015. Nel corso di questi due colloqui, nonché in data odierna, il paziente non ha più proferito alcuna minaccia (doc. M).

Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid.3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti

ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz.Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'■assicurato è abile al lavoro nella misura del 25% come autista e collaboratore di una ditta di trasporti e traslochi, mentre in un'■attività adatta alla salute è abile pienamente a sei mesi dall'■intervento al rachide lombare, cioè dal 15 marzo 2012.

Come visto (cfr. consid. 2.5. e 2.6.) l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività nell'economia domestica ancora accessibili al richiedente la rendita AI, con i lavori che può eseguire una persona sana.

Nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CII), in vigore dal 1° gennaio 2000, l'UFAS, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera (cfr. Cifra 3097), ha previsto una ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo attribuibile a ciascuna di esse.

In particolare la cifra 3095 prevede:

Attività

Minimo %

Massimo %

1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo)
2
5
2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento)
10
50
3. Pulizia dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti)
5
20
4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici)
5
10
5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe)
5

20

6. Accudire i figli o altri familiari

0

E. 30

7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)*

0

50

* Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)."

Mentre alle cifre 3096 e ss. si legge ancora:

Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3095. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 p. 244). All'occorrenza gli atti vanno sottoposti all'UFAS con una proposta.

In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati N. 1045 e 3045 segg.). Essa deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia, nella misura abituale. Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico."

In una sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000, l'Alta Corte ha nuovamente confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete.

Per quanto riguarda la determinazione dell'invalidità di persone occupate nell'economia domestica, il TFA ha inoltre già avuto modo di stabilire che - in linea di massima e senza valide ragioni - non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (cfr. DTF 128 V 93, AHI-Praxis 1997 p. 291 consid. 4a; ZAK 1986 p. 235 consid. 2d; RCC 1984 p. 143, consid. 5; STFA 22 agosto 2001 nella causa C.G., consid. 4, I 102/00). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA 11 agosto 2003 nella causa S. consid. 2, I 681/02).

Il TFA ha inoltre precisato che si deve far capo ad un medico, affinché si esprima sull'ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell'assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (AHI-Praxis 2001 p. 161 consid. 3c; STFA del 2 febbraio 1999 nella causa M.J.V. e del 17 luglio 1990 nella causa W.), ritenuto che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta - strumento destinato

soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica - è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (STFA 11 agosto 2003 nella causa S., I 681/02 e del 28 febbraio 2003 nella causa S., I 685/02).

2.14. Nella presente fattispecie, l'Ufficio AI ha incaricato l'assistente sociale di esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica sfociata in un rapporto del 26 marzo 2014 (cfr. doc. 96-1 e segg.).

Per quanto riguarda le singole attività nell'economia domestica la consulente ha fissato al pto. 5.1. ■Conduzione dell'economia domestica■ una percentuale del 5% per importanza e dello 0% di impedimenti. Al pto. 5.2 ■Alimentazione■ è stata attribuita un'importanza del 45% con una percentuale di impedimenti dello 0%.

Al pto. 5.3. ■Pulizia dell'appartamento■ è stata attribuita un'importanza del 20% con una percentuale di impedimenti dello 0%, mentre al pto. 5.4. ■Spesa e acquisti diversi■ l'importanza è stata fissata al 10% con una percentuale di impedimenti dello 0%.

L'assistente sociale al pto. 5.5. ■Bucato, confezione e riparazioni di indumenti■ ha fissato un'importanza del 20% con una percentuale di impedimenti dello 0%.

Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurato, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha dunque stabilito una limitazione complessiva dello 0%.

Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurato in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche.

Va innanzitutto rilevato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurato nell'ambito dell'economia domestica.

Nella fattispecie, già è stato detto che per quanto riguarda l'aspetto medico, la valutazione del SAM ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi (sul valore probatorio di rapporti medici cfr. in particolare DTF 125 V 352 consid. 3a con riferimenti, 123 V 176, 122 V 161; cfr. consid. 2.10.).

D'altra parte, esaminate singolarmente le valutazioni dell'assistente sociale circa gli impedimenti dovuti all'invalidità, questo Tribunale ritiene che non siano ravvisabili elementi che consentano di mettere in dubbio l'attendibilità della valutazione operata dall'assistente sociale, la quale non appare arbitraria e risulta conforme alle circostanze ed ai riscontri concreti e in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurato medesimo nell'ambito dell'inchiesta domiciliare, le quali risultano infatti del tutto attendibili. Inoltre, è da ritenere che le valutazioni degli impedimenti relativi alle singole mansioni domestiche siano del tutto affidabili e compatibili con gli impedimenti accertati in sede medica.

Alla luce delle considerazioni che precedono e tenuto conto di tutte le circostanze concrete, questo TCA ritiene corretto il grado d'invalidità dell'assicurato quale persona senza attività lucrativa (0%) stabilito dall'UAI sulla base dell'accertamento domiciliare.

In sede di osservazioni al progetto di decisione, l'assicurato aveva lamentato la mancata comprensione delle domande formulate, viste le sue scarse conoscenze della lingua italiana

(doc. AI 100-5).

Su questo punto ha preso posizione l'assistente sociale _____ rilevando quanto segue:

■()

2.15. L'assicurato in sede ricorsuale ha chiesto l'esecuzione di una perizia neutra con un medico specialista (doc. XIII).

Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art.29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid.3c con riferimenti).

In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici.

2.16. 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).

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