

TI_GERICHTE 32.2018.87 vom 27. April 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-04-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.87

FR: TI_GERICHTE 32.2018.87 du 27 avril 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.87 del 27 aprile 2018

Regeste

Rendita temporanea. Conferma della valutazione pluridisciplinare che ha stabilito un miglioramento della capacità lavorativa non conferente (più) il diritto ad una rendita

Erwägungen

E. 29

giugno 2004). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 343, consid. 3.5, pagg. 349-352). La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo tale stato di salute rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in *Plaidoyer* 1/06, pag. 64). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). 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). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.4.

Nel caso in esame, a seguito delle osservazioni al primo progetto di decisione del 22 marzo 2017 e della documentazione ivi prodotta (doc. 62), l'Ufficio AI ha incaricato il SAM di eseguire una perizia pluridisciplinare. Dal referto datato 20 dicembre 2017 (doc. 69 incarto AI) risulta che i periti hanno fatto capo a consultazioni specialistiche esterne: reumatologica (dr. med. _____), neurologica (dr. med. _____) e psichiatrica (dr. med. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e degli accertamenti eseguiti presso il citato centro d'accertamento, i periti del SAM hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) 5. DIAGNOSI 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Nessuna. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-cefale e stato dopo sindrome irritativa radicolare a sinistra su discopatia C5-C6 con protrusione / ernia discale e C6-C7 con protrusione discale (MRI del 30.8.2016). Dolori a livello del dorso del piede ds. nell'ambito di iniziali alterazioni degenerative. Tendenza a un reumatismo delle parti molli. Sindrome del tunnel carpale a sin. di entità almeno moderata. Stato da intervento per sindrome del tunnel carpale a ds. senza deficit residui rilevanti. Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di lieve entità (ICD-10 F33.0). Sindrome da somatizzazione (ICD-10 F45.0). Disturbo di personalità dipendente (ICD-10 F60.7). Sovrappeso con BMI 27 kg/m²." (pag. 222 inc. AI) Riportate le singole conclusioni dei diversi specialisti esterni (cfr. perizia punto no. 6), dopo una dettagliata ed esaustiva discussione globale i periti non hanno ritenuto data un'incapacità lavorativa attuale. Quanto alla valutazione retrospettiva sia nell'ambito dell'esigibilità nell'abituale professione che in attività adeguate, i periti hanno concluso: " (...) Negli atti, in particolare nel rapporto del Servizio Medico Regionale del 16.1.2017, viene descritta un'incapacità lavorativa totale dal 14.2.2014, 0% dal 3.6.2014, incapacità lavorativa totale dal 27.11.2015: con progetto di decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 22.3.2017 all'A. era stato attribuito ¼ di rendita AI grado 43% a decorrere dall'1.11.2016. Il consulente in reumatologia ritiene che per la problematica cervicale si possa comprendere un'incapacità lavorativa di ca. tre mesi a partire da marzo del 2014, questo in relazione con l'episodio acuto di cervico-brachialgia a sin. su una radicolopatia C6-C7, egli ritiene inoltre che per quanto riguarda l'intervento chirurgico alla mano ds. si può considerare un'incapacità lavorativa massimale di un mese a partire dal 5.12.2016, in seguito non vi sono più limitazioni funzionali e incapacità professionali dal punto di vista reumatologico. Come descritto dal nostro consulente in psichiatria da novembre 2015 vi è un'incapacità lavorativa totale certificata da parte dello psichiatra curante dell'A., mentre a partire dall'attuale valutazione peritale (quindi da ottobre 2017) la capacità lavorativa globale è tornata ad essere totale. (...)" (pag. 228 inc. AI) Con rapporto finale 8 gennaio 2018 il SMR ha avvallato la perizia pluridisciplinare, ricapitolando le inabilità lavorative in tutte le attività: 100% dal 14 febbraio 2014 al giugno 2014 (per motivi reumatologici) e nuovamente del 100% dal 27 novembre 2015 fino all'8 novembre 2017 (per motivi psichiatrici). Con osservazioni 8 febbraio 2017 al progetto di decisione l'assicurata ha prodotto il rapporto 30 gennaio 2018 del dr. med. _____, specialista in reumatologia ed uno datato 5 febbraio 2018 della psichiatra curante, dr.ssa med. _____, in contrasto con le conclusioni del SAM (sub doc. 76 inc. AI). L'Ufficio AI ha sottoposto i succitati rapporti al SAM, il quale con scritto 9 aprile 2018, allegate le singole prese di posizioni dei tre periti esterni, ha confermato la valutazione pluridisciplinare del dicembre 2017 (doc. 81 inc. AI). La ricorrente, come detto, contesta la valutazione medico-teorica del SAM, recepita dall'Ufficio AI. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, art. 28a, pag. 389). 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso 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 europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (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 i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008). Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pag. 398-399) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.6.

Con due sentenze 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre, 2017 pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il Tribunale federale ha stabilito che la giurisprudenza sviluppata per i dolori somatoformi persistenti secondo cui la reale capacità lavorativa e di rendimento della persona interessata siano da accertare alla luce di indicatori, troverà in futuro applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che non avrà più il medesimo significato il precedente criterio della “ resistenza alle terapie ” come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nel 2015 il Tribunale federale ha modificato la sua prassi per l'accertamento del diritto a una rendita AI in presenza di disturbi somatoformi senza cause organiche oggettivabili (dolori somatoformi) e analoghe affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281; comunicato stampa del Tribunale federale del 17 giugno 2015). In questi casi la decisione sul diritto a una rendita AI deve avvenire in una procedura probatoria strutturata. In tale ambito, occorre valutare l'effettivo potenziale di rendimento raggiungibile dalla persona interessata, considerando da un lato i fattori di carico esterno di diminuzione del potenziale da un altro lato i fattori positivi di compensazione (risorse) in una valutazione complessiva commisurata al caso singolo. Determinanti come indicatori sono tra l'altro l'intensità della diagnosi e dei sintomi, l'assunzione effettiva di una terapia, il decorso e l'esito di terapie come anche gli sforzi per il reinserimento professionale, le patologie associate, sviluppo e la struttura della personalità, il contesto sociale della persona interessata e l'insorgenza delle limitazioni fatte valere nei diversi ambiti della vita (lavoro e tempo libero). Come in precedenza la persona assicurata sopporta l'onere della prova (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle due sentenze del 30 novembre 2017 il Tribunale federale è giunto alla conclusione che la procedura appena descritta deve essere applicata in futuro all'esame di tutti i casi ove è richiesta una rendita AI in presenza di disturbi psichici, ossia in particolare anche nell'eventualità di depressione lieve fino a medio-grave. Le malattie psichiche possono essere individuate e dimostrate in linea di principio soltanto in maniera limitata con criteri oggettivi. Anche se una classificazione medica è necessaria e secondo la scienza è presupposta una diagnosi, dal profilo giuridico non è possibile accontentarsi solo di questo. Piuttosto è decisiva la questione delle ripercussioni funzionali di un disturbo. Per la valutazione delle conseguenze di un'affezione psichica la diagnosi non è più centrale. Soltanto da quell'elemento non emerge alcuna attestazione sulle prestazioni lavorative della persona toccata. È proprio per questa ragione che per tutte le malattie psichiche deve essere applicata una procedura probatoria fondata su indicatori, soprattutto in presenza di simili disturbi che in sostanza si accomunano per problemi probatori. Eventualmente si dovrà secondo la specifica sindrome nella valutazione dei singoli indicatori provvedere ad alcuni adattamenti. Per motivi scaturenti dal principio di proporzionalità, si potrà prescindere da un procedimento probatorio strutturato, laddove si dimostrasse inutile o addirittura inadatto. La realizzazione di questa evenienza deve essere valutata secondo la necessità probatoria concreta. La prova di un'invalidità pensionabile può in genere essere ritenuta apportata, se nell'ambito di un'esame complessivo risulta un quadro coerente di limitazione della capacità lavorativa in tutti gli ambiti della vita. La mancanza di tale indicazione fa comportare conseguentemente l'assenza di prova atta a dimostrare una limitazione della capacità lavorativa, aspetto che si ripercuote conseguentemente a sfavore della persona toccata. Secondo la giurisprudenza precedente del Tribunale federale riguardante le depressioni da lievi a medio gravi, le malattie corrispondenti potevano essere considerate invalidanti, solo se era stata dimostrata una "resistenza alle terapie". Con il cambiamento di

prassi adottato dal Tribunale federale questo concetto non vale più in maniera assoluta. Ora invece, come nelle altre malattie psichiche, la questione decisiva è se la persona interessata riesca a presentare sulla base di un metro di valutazione oggettivo la prova di un'incapacità lavorativa e al guadagno invalidante. La possibilità di terapia, in genere ammessa, in presenza di depressioni lievi fino a medio-gravi deve ad ogni modo ancora essere considerata complessivamente nell'apprezzamento delle prove, tuttavia considerando esigibile una terapia conseguente e adeguata (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Con sentenza 9C_845/2016 del 27 dicembre 2017 il TF, con riferimento alle pronunzie 8C_841/2016 e 8C_130/2017 del 30 novembre 2017, al consid. 3.5.1., ha ribadito che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale. Questa giurisprudenza è stata confermata in una sentenza 8C_409/2017 del 21 marzo 2018, pubblicata in DTF 144 V 50 (STCA 32.2017.176 del 14 agosto 2018, consid. 2.6). Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle recentissime STF 9C_672/2017 dell'11 luglio 2018 al consid. 3.3.1 e 3.3.2, STF 8C_6/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 4.1, 4.2 e 4.3, STF 8C_309/2018 del 2 agosto 2018 al consid. 3.2 e STF 9C_77/2018 dell'8 agosto 2018 al consid. 2.2 (STCA 32.2018.12 del 28 gennaio 2019, consid. 2.5). 2.7. Nella fattispecie in esame questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute dell'assicurata è stato accuratamente vagliato, non ha motivo per mettere in dubbio le valutazioni formulate dai periti del SAM fondate sulla perizia del 20 dicembre 2017 e sul relativo complemento del 9 aprile 2018, confermate dal medico SMR. La perizia pluridisciplinare va considerata dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando precedente. In effetti, nella stessa, i periti hanno considerato tutta la documentazione medica agli atti e l'insorgente non ha prodotto alcuna documentazione specialistica atta a mettere in dubbio le conclusioni a cui essi sono giunti. 2.7.1. L'assicurata è stata peritata dal dr. med. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia. Dopo aver proceduto alla consueta anamnesi, all'esame psichico, poste le diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di lieve entità (IDC10-F33.0), sindrome da somatizzazione (ICD 10-F45.0) e di disturbo di personalità dipendente (IDC10-F60.7), egli ha proceduto alla seguente valutazione: " (...) L'A. è una persona estremamente fine, delicata e sensibile che ha molto sofferto specie a livello lavorativo per una mancanza di occasioni per reinserirsi professionalmente e a livello affettivo per la fine delle relazioni con i suoi mariti essendosi legata a loro con vincoli di marcata dipendenza e di forte coinvolgimento emotivo. Per sua natura l'A. è generosa, gentile, disponibile e sempre pronta ad aiutare spontaneamente le persone ponendosi al loro servizio e venendo incontro alle loro esigenze. Ciò corrisponde ad un suo tratto di personalità che la porta ad intervenire a favore dell'altro essendo di natura sovra empatica e altruistica nei confronti del prossimo e quindi anche dispiaciuta alquanto nel vederlo soffrire. A fronte di ciò l'A. rimane però consapevole esprimendo ciò con rivendicazioni di matrice sfumatamente paranoide del fatto che questo lato sensibile della sua personalità possa essere stato sfruttato dagli altri per un loro tornaconto, per i loro scopi egoistici o semplicemente per una noncuranza tradottasi in una deplorabile mancanza di interesse nei suoi confronti da parte non solo di figure di riferimento affettive ma anche di addetti ai lavori quali medici, psichiatri, assistenti sociali che almeno teoricamente avrebbero potuto e

dovuto aiutarla in ben altri modi rispetto a quelli che sono stati effettivamente messi in atto. (...)” (pag. 255 inc. AI) Egli ha concluso che l’attuale sindrome depressiva ricorrente è di grado lieve e che “le altre diagnosi psichiatriche non sono di gravità tale da giustificare alcun grado d’incapacità lavorativa” (pag. 255 inc. AI). Certo, come rimarcato dall’insorgente, rispetto a quanto certificato il 28 luglio 2016 dall’allora sua psichiatra curante, dr. med. _____, il quale aveva attestato una piena inabilità lavorativa con una prognosi di possibile recupero di un’abilità attorno al 60% (doc. 14 inc. AI), la valutazione peritale diverge. Altrettanto vero è che le diagnosi poste dal dr. med. _____ sono sostanzialmente le stesse (diversamente dal perito lo psichiatra curante aveva classificato lo stato depressivo di media gravità). Si tratta quindi di una diversa valutazione della medesima situazione, a cui va data preferenza a quella peritale essendo dettagliata e convincente. A tal riguardo, come detto al consid. 2.5, va ricordato che 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 p. 109 consid. 3a)cc; Meyer/Reichmuth, op. cit., art. 28a, pagg. 398-399). Dopo la perizia l’assicurata ha prodotto lo scritto 5 febbraio 2018 redatto dalla dr.ssa _____ e controfirmato dal dr. med. _____ del Centro medico “_____” in cui si sostiene che il miglioramento dello stato psicofisico riscontrato dal perito è solamente apparente in quanto: “ ... la paziente è costantemente soggetta a continue oscillazioni dal punto di vista umorale e affettivo che non le consentono di raggiungere un adeguato equilibrio psicofisico. In presenza di una struttura di personalità estremamente fragile, la paziente è facilmente suscettibile ai cambiamenti dell’ambiente esterno tanto che un minimo mutamento, anche di natura non stressante, viene vissuto con angoscia e paura. (...) Tuttavia per non sottoporla ad ulteriore evento traumatico, essendo la stessa reduce di un’esperienza negativa presso la Clinica _____ di _____, abbiamo considerato le nostre possibilità d’intervento. Si è di conseguenza proceduto con un monitoraggio giornaliero mediante colloqui psichiatrici e di sostegno psicologico nonché la partecipazione a gruppi terapeutici presso il Day Hospital. Tale decisione è inoltre scaturita dalla volontà di salvaguardare l’alleanza terapeuta ed evitare una possibile rottura della fiducia che porterebbe unicamente al pieno scompenso psichico della paziente. (...)” (pag. 294-295 inc. AI) I succitati specialisti hanno inoltre rilevato che: “ (...) Attualmente il quadro clinico è caratterizzato da una marcata deflessione timica, pensieri negativi ricorrenti, crisi intense di pianto, marcate quote ansiose, sintomi neurovegetativi e disturbi del sonno. Sono oltremodo presenti, come riscontrato dal Dr. _____, vissuti di inutilità e impotenza con conseguente abbassamento dell’autostima. In seguito alla decisione del 10.01.2018, si è inoltre assistito ad un rafforzamento del pensiero paranoide della paziente la quale accusa i medici di non averla aiutata come avrebbero dovuto ma di averla unicamente sfruttata per scopi egoistici. Dal punto di vista diagnostico la paziente presenta, secondo i criteri nosografico descrittivi ICD-10, un “Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di entità media” (F33.10) con marcati aspetti di somatizzazione in comorbidità a un “Disturbo di personalità dipendente con tratti paranoidei (F60.7). (...)” (pag. 296 inc. AI) Essi concludono per un’incapacità lavorativa del 100% almeno dall’inizio della presa a carico dell’assicurata (16 novembre 2017). Chiamato a prendere una presa di posizione, con complemento peritale del 23 febbraio 2018 il dr. med. _____ ha rimarcato: “ Ho preso visione della documentazione medica inviata e in modo particolare del rapporto medico del

05.02.2018 effettuato da parte dell'equipe medica di _____ di _____, rapporto nel quale viene descritta una evoluzione clinica a partire dal momento della ricezione da parte dell'A. del progetto di decisione emesso dall'Assicurazione Invalidità sulla scorta di quanto emerso in sede di accertamento peritale presso il SAM di _____.

Sostanzialmente non vengono poste diagnosi strutturalmente differenti da quelle da me riportate nel consulto specialistico. Viene unicamente messa in evidenza una marcata vulnerabilità e debolezza dell'io che pone l'A. al rischio di scompenso psicopatologico a seguito di sollecitazioni anche in portata limitata provenienti dal mondo esterno, questo ad indicare la presenza di una marcata fragilità personologica e di una tendenza a scivolamenti umorali reattivi a cambiamenti dello stato delle cose. Questa obiettività clinica non fa altro a mio modo di vedere che confermare quanto da me osservato e riportato nel rapporto eseguito nell'ambito della perizia SAM.” (pag. 311 inc. AI) Ora, questo TCA non può che confermare la presa di posizione del perito (cfr. STF 9C_50/2019 del 2 maggio 2019). Da una parte, dal punto di vista diagnostico quanto sostenuto dall'attuale specialista curante rispecchia sostanzialmente ciò che ha posto il perito, eccezion fatta – come è il caso con il precedente psichiatra curante (dr. med. _____) – nel definire di entità medio grave e non lieve l'episodio depressivo in atto, divergendo tuttavia per quel che concerne la capacità lavorativa. Dall'altra, ribadite le considerazioni generali che si impongono sul tema dell'attendibilità delle certificazioni dei medici di fiducia (cfr. consid. 2.5), alla valutazione peritale va data la preferenza. Né del resto dagli atti prodotti pendente causa risulta una diversa situazione rispetto a quella rilevata dal perito. Nel certificato medico 25 maggio 2018 del centro medico _____ viene attestata una piena inabilità lavorativa del 100% ed uno stato di salute invariato (doc. A4). Dal rapporto 21 maggio 2018 del Pronto Soccorso dell'Ospedale si evince che all'assicurata è stata posta la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva in trattamento con attuale esacerbazione ansiosa dovuta al disaccordo in merito al mancato riconoscimento d'invalidità da parte dell'amministrazione. Viene inoltre riferito un umore deflesso e paura per il suo futuro. All'assicurata è proposto un ricovero volontario in ambito psichiatrico che non accetta. Le viene somministrata 2.5 mg di Temesta con successivo beneficio (doc. A 8). Va qui sottolineato come l'esacerbazione sia stata momentanea e risolta con successo mediante la somministrazione di un farmaco. La succitata situazione non è del resto difforme da quanto è stato rilevato dallo psichiatra curante nel rapporto 5 febbraio 2018, rapporto che, come visto sopra, è stato esaminato dal perito nel complemento del 23 febbraio 2018. Questo Tribunale concorda pertanto con quanto riportato nelle osservazioni 17 luglio 2018 del SMR in merito alla succitata documentazione, ossia che dalla stessa “non risulta una sostanziale e/o duratura modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM” (cfr. consid. 2.7.2). Da ultimo, con il ricorso del 1° giugno 2018 l'avv. RI 1 ha segnalato un ricovero alla Clinica _____ di _____ della sua assistita avvenuto il 23 maggio 2018 (due giorni dopo la visita al PS dell'Ospedale _____ di _____) per una durata prevista di tre settimane. Con osservazioni 18 luglio 2018 il legale ha segnalato che la degenza è durata invece 5 settimane con successivo trasferimento al “_____ di _____”, preannunciando di inviare la relativa documentazione, ciò che non è mai avvenuto. A tal riguardo occorre ricordare che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione

comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti), ciò che è il caso in esame. 2.7.2. Per quel che concerne l'esame reumatologico, nel rapporto peritale 25 ottobre 2017 il dr. med.

_____, dopo aver esposto la consueta anamnesi, l'esame dei dati soggettivi ed oggettivi, poste le diagnosi di sua competenza esposte al consid. 2.4., ha concluso: "(...) Per quanto riguarda la patologia principale che è quella a livello cervicale attualmente vi è una leggera sindrome cervico-vertebrale senza una componente a carattere irritativo radicolare e senza una componente di tipo cervico-brachiale. Vi è una tendinite del pollice destro, di modesta entità con dei dolori alla palpazione lungo il decorso del tendine del flessore del pollice. Non vi è fenomeno a scatto. Non tenosinoviti. Vi sono poi dal punto di vista clinico diversi tender points per la diagnosi di un quadro di reumatismo delle parti molli. Non sono presenti tutti i criteri per la diagnosi di una fibromialgia di tipo primario. Vi sono comunque diverse indicazioni di tipo funzionale per una malattia di tipo fibromialgico e anche una problematica di tipo depressivo-ansioso che ben si associa a questo tipo di patologia muscolo-scheletrica. Per l'aspetto radiologico una radiografia della colonna cervicale da me effettuata, mostra unicamente una condrosi a livello C5-C6. Non vi sono altre alterazioni degenerative di rilievo. Una RM eseguita il 30.08.2016 aveva evidenziato delle ernie discali mediane non compressive a livello C5-C6 e C6-C7. Tutto sommato, tenendo in considerazione i dati soggettivi, i reperti clinici attuali e i dati radiologici messi a disposizione, ritengo che queste patologie all'apparato muscoloscheletrico non siano di entità tale da determinare delle limitazioni funzionali. Ritengo che per la problematica cervicale si possa comprendere un'incapacità lavorativa di circa 3 mesi a partire dal marzo del 2014. Questo in relazione con l'episodio acuto di cervico-brachialgia sinistra su una radicolopatia C6-C7. Il miglioramento descritto è stato progrediente e ottenuto grazie a delle terapie conservative. Da questo momento via ritengo che i disturbi altalenanti dell'assicurata non portino a delle limitazioni funzionali significative. Vi è, per quanto riguarda l'intervento chirurgico alla mano destra anche qui un'incapacità lavorativa massimale di 1 mese a partire dal 05.12.2016. In seguito non vi sono più limitazioni funzionali e incapacità professionali. (...)" (pag. 243-244 inc. AI) Egli ha poi concluso: "(...) Ritengo quindi l'assicurata dal punto di vista prettamente reumatologico abile al lavoro nella forma completa per quanto riguarda le attività lavorative svolte sia nel suo paese d'origine quale operaia in una fabbrica di tessili, quale cucitrice in proprio e anche nelle attività svolte in Italia e in Ticino come baby sitter e aiuto domestica. La ritengo pure abile al lavoro nella forma completa per quanto riguarda l'attività di casalinga. Le limitazioni della capacità lavorativa sono riferibili unicamente ai periodi intercorrenti da me sopraelencati. Non ho ulteriori proposte terapeutiche, tenendo in considerazione che l'assicurata è già molto ben trattata da vari specialisti che l'hanno in cura" (sottolineatura del redattore; pag. 244 inc. AI). Contestando la succitata valutazione finale, l'assicurata ha prodotto il rapporto 30 gennaio 2018 del dr. med. _____, specialista in reumatologia. Facendo riferimento ad una precedente valutazione del 4 luglio 2017, sulla base dei referti a sua disposizione – tra cui una risonanza magnetica del 28 aprile 2014 – lo specialista rileva un'importante protrusione erniaria con restringimento del canale midollare e contemporaneo conflitto discoradicolare, una sindrome del tunnel carpale, una cervicobrachialgia acuta associata a radicolopatia C6-C7, una voluminosa ernia discale con compressione della radice nervosa a livello C6, una cisti radicolare C7 e una più

evidente C8 e D1 a sinistra ed una sopravvenuta sindrome miofasciale diffusa. Egli ritiene che la sola componente somatica, tralasciando quindi la problematica psichiatrica, sia “già sufficiente per esprimere un giudizio di forte limitazione dell’attività lavorativa anche per mansioni leggere che comportino, prove di forza alla mano SX ed anche alla DX, come l’attività prensile anche di piccoli oggetti, e che comportino la flessione ed estensione e torsione del rachide cervicale” (pag. 293 inc. AI). Lo specialista ha quantificato un grado d’invalidità lavorativa dal 40% (se adeguatamente trattata) al 70%, auspicando un aggiornamento degli accertamenti neurologici e radiologici. Chiamato ad esprimersi su tale rapporto, con complemento peritale del 27 febbraio 2018 il dr. med. _____ ha rilevato: “ (...) Non ho riscontrato in questo rapporto nuove indagini di tipo radiologico, neuroradiologico, strumentali (EMG) o nuove indicazioni anamnestiche e cliniche che possano indicare un cambiamento direzionale per quanto riguarda le patologie accusate dall’assicurata e da me valutate nella perizia dell’ottobre 2017. Il Dr. med. _____ riassume le diagnosi conosciute in particolar modo i problemi degenerativi alla colonna cervicale. Questi sono stati tenuti in considerazione dal sottoscritto nella stesura della propria perizia. Ricordo di aver personalmente eseguito una nuova radiografia di controllo al momento della visita peritale. Si tratta quindi, per quanto riguarda la presa di posizione sull’incapacità lavorativa da parte del Dr. med. _____, di una interpretazione e valutazione diversa rispetto a quella eseguita dal sottoscritto della medesima patologia. Per quanto mi concerne non ho nessuna ulteriore modifica da porre alla mia valutazione peritale dell’ottobre 2017 in vostro possesso.” (pag. 308 inc. AI) Ora, premettendo che nella perizia SAM è stato tenuto conto del menzionato rapporto datato 4 luglio 2017 del reumatologo curante (cfr. punto no. 3.5 pag. 217 inc. AI), questo TCA non può che confermare che dal punto di vista diagnostico e sintomatologico quanto certificato nel nuovo rapporto del 30 gennaio 2018 dal dr. med. _____ non si discosta sostanzialmente dalla valutazione peritale. Va poi evidenziato che il dr. med. _____ ha proceduto ad un aggiornamento radiologico della colonna cervicale. Rispetto a quanto sostenuto dal dr. med. _____ il perito ha eseguito una diversa valutazione del grado di capacità lavorativa in attività adeguate alla quale va prestata adesione. Questo non solo per il ridotto valore probatorio della certificazione del curante, ancorché specialista (cfr. consid. 2.5), ma anche perché la valutazione peritale è da considerare dettagliata, esaustiva e priva di contraddizioni. Del resto è stata avallata dal SMR (cfr. rapporto finale 8 gennaio 2018, doc. 71 incarto AI). Pendente causa l’assicurata ha prodotto diversa documentazione, la maggior parte già presente agli atti. Nuovi sono il certificato 25 maggio 2018 dello psichiatra curante ed i rapporti 11 maggio e 21 maggio 2018 del Pronto soccorso dell’Ospedale _____ sintetizzati e valutati come segue dal SMR nelle annotazioni 17 luglio 2018: “ (...) - Visita pronto soccorso del 11.5.2018 con diagnosi di cervicobrachialgia bilaterale su nota ernia cervicale e sindrome del tunnel carpale. Viene consigliata valutazione specialistica. Non viene riscontrato un deficit di forza o di sensibilità. - Visita pronto soccorso del 21.5.2018 con diagnosi di sindrome ansioso-depressiva in trattamento con attuale esacerbazione ansiosa. Stato ansioso in relazione con decisione di rifiuto da parte dell’AI. Paziente dimessa in condizioni generali buone. Valutazione: l’attuale documentazione evidenzia le note problematiche dovutamente valutate in ambito SAM. Dai rapporti non risulta una sostanziale e/o duratura modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM.” (doc. XVI1) Per quel che concerne il rapporto della visita al pronto soccorso del 21 maggio 2015, va fatto riferimento al consid. 2.7.1. In merito a quello datato 21 maggio 2018, pertinentemente il SMR ha rilevato come con le diagnosi di cervicobrachialgia bilaterale su

ernia cervicale e sindrome del tunnel carpale non costituiscono un nuovo elemento di valutazione. A livello della colonna vertebrale non è stato riscontrato un deficit di forza o di sensibilità e viene riportato che alla paziente è stata consigliata una nuova valutazione neurochirurgica che l'interessata non ha tuttavia ancora organizzato poiché restia a farsi operare alla mano (decompressione del nervo mediano di sinistra). Da quanto certificato non si evince un peggioramento della sintomatologia, motivo per cui anche sotto questo aspetto la valutazione peritale merita conferma. 2.7.3. Infine, l'assenza di incapacità lavorativa è stata ritenuta anche dal perito neurologo, dr. med. _____. Nel rapporto 18 ottobre 2017 egli ha concluso come segue: "(...) Questa A. ha sviluppato negli ultimi 3 anni importanti dolori soggettivi a livello cervicale e in misura minore lombare. I sintomi sono presenti in modo variabile e comunque negli ultimi tempi sembrano essere meglio gestibili. Vi era stata inizialmente una fase con irradiazione algica al braccio sinistro, che però nel frattempo si è complessivamente risolta. All'esame neurologico non si rilevano attualmente deficit oggettivi. La paziente è stata operata per una sindrome del tunnel carpale a destra con una buona evoluzione e i disturbi residui alla mano destra sono riferibili soprattutto ad un dito a scatto al pollice, come è stato valutato da parte del chirurgo della mano che ha seguito la paziente. A sinistra rimangono i sintomi dovuti ad una sindrome del tunnel carpale che è tuttora ben documentabile anche all'esame elettroencefalografico. Si tratta di reperti di entità almeno moderata e che possono giustificare un intervento decompressivo del canale carpale anche a sinistra. Comunque i sintomi alla mano sinistra in una paziente destrimane non comportano limitazioni funzionali rilevanti. In passato era stata diagnosticata anche un'ernia discale C5/6 a sinistra che attualmente comunque non è sintomatica e all'ultimo controllo radiologico dell'agosto 2016 era nettamente diminuita di volume. Al momento dunque non si rilevano deficit radicolari sia a livello cervicale che lombare nè vi è una spiegazione neurologica dei dolori cervicali e lombari descritti dalla paziente. La sindrome del tunnel carpale a sinistra può essere risolta con un intervento decompressivo del canale carpale e non comporta al momento limitazioni funzionali rilevanti. (pag. 247 inc. AI) Nel complemento 26 febbraio 2018 anche il perito ha valutato la presa di posizione

E. 30

gennaio 2018 del dr. _____: "(...) Abbiamo inoltre una presa di posizione del Dott. _____, specialista FMH reumatologia, datata 30.01.2018. Il Dott. _____ commenta la valutazione peritale sottolineando di avere constatato, in occasione di una sua valutazione del 04.07.2017, una importante protrusione erniaria, con restringimento del canale midollare e contemporaneo conflitto discoradicolare, inoltre parla di sindrome del tunnel carpale più evidente a destra che a sinistra, riferendosi anche a precedenti esami neuroradiologici e neurochirurgici del marzo e aprile 2014. A questo proposito rilevo che in occasione della valutazione neurologica del 17.10.2017 la sindrome del tunnel carpale è stata adeguatamente valutata anche tramite esame elettroencefalografico, già descritto e commentato più sopra. Inoltre anche la situazione a livello cervicale è stata valutata in dettaglio anche alla luce della RM cervicale del 30.08.2016, che non viene citata dal Dott. _____ che si riferisce dunque esclusivamente ad una documentazione più datata del 2014. Come già più sopra descritto il reperto neuroradiologico dell'esame del 2016 era meno pronunciato rispetto a quello del 2014, al quale invece si riferisce il dott. _____, riportando anche l'immagine di una sequenza RM (per altro una immagine fotocopiata di scarsa qualità non permette di trarre chiaramente conclusioni precise). Inoltre non emergono altri nuovi elementi clinici rilevanti in ambito neurologico e in effetti il Dott.

_____ non cita nella sua presa di posizione la valutazione neurologica eseguita nell'ottobre 2017. Per quel che riguarda dunque gli aspetti strettamente neurologici la nuova documentazione non porta nuovi elementi e penso di poter dunque confermare la mia valutazione precedente.” (pag. 309-310 inc. AI) 2.7.4. Dal punto di vista globale, viste le singole valutazioni specialistiche, i periti hanno quindi ritenuto non invalidanti le affezioni di cui soffre l'assicurata, procedendo inoltre, sulla base degli atti, ad una valutazione retrospettiva (cfr. consid. 2.5). In conclusione, viste le affidabili e concludenti risultanze della perizia pluridisciplinare, confermate dal SMR con annotazioni 8 gennaio 2018 (doc. 71inc. AI), alla quale va conferito valore probatorio (cfr. consid. 2.5), richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata 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, pag. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che la ricorrente dall'8 novembre 2017 è abile in qualsiasi attività, fermo restando un'incapacità lavorativa del 100% dal 27 novembre 2015 sino al 7 novembre 2017. Va comunque fatto presente all'assicurata che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, essa potrà in futuro presentare una nuova domanda di rendita. Pertanto, l'assicurata ha diritto ad una rendita intera dal 1° novembre 2016 (scadenza dell'anno di attesa ex art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) sino al 30 novembre 2017. Tuttavia il versamento decorre dal 1° dicembre 2016, ossia sei mesi dopo l'inoltro della domanda di prestazioni (2 giugno 2016) come prescritto dall'art. 29 cpv. 1 LAI. Ne consegue che la decisione contestata va confermata, mentre il ricorso è da respingere. 2.8. Secondo 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 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.- vanno poste a carico della ricorrente.

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