

TI_GERICHTE 32.2020.30 vom 29. Januar 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-01-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2020.30

FR: TI_GERICHTE 32.2020.30 du 29 janvier 2020

IT: TI_GERICHTE 32.2020.30 del 29 gennaio 2020

Erwägungen

E. 3

OAI, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2, che prevede che se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Se tale condizione non è soddisfatta, l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita, l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitäts-verlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, pag. 270). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 cpv. 1 LPGA si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile (DTF 130 V 71 consid. 3.2; DTF 117 V 198 consid. 3a; STF 9C_916/2009 consid. 5.2; art. 41 vLAI; Pratique VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffauer/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta

sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare 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; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; 9C_718/2016 del 14 febbraio 2017 consid. 6.2; STF 9C_378/ 2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013).

2.3. Nel caso di specie, l'assicurata ha inoltrato una prima domanda di prestazioni nel gennaio 2009, che ha dato luogo alla decisione del 21 marzo 2014. In quell'occasione, l'Ufficio assicurazione invalidità ha sottoposto l'assicurata a una visita reumatologica e neurologica da parte di due specialisti esterni all'amministrazione (docc. 87 e 90). Nel rapporto finale del 28 giugno 2013 (doc. 92) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha ripreso le diagnosi stabilite dagli esperti di deficit sensitivo-motorio prevalentemente soggettivo a guanto alla mano sinistra con possibile componente non organica, epicondilopatia radiale del gomito destro, minima periartropatia omero-scapolare tendinopatia della spalla destra ed esiti di tre interventi chirurgici per una sindrome del tunnel carpale. Egli ha altresì riportato i gradi di incapacità lavorativa stabiliti dai periti reumatologo e neurologo, rilevando che dal 12 settembre 2008 all'11 settembre 2010 l'assicurata era totalmente inabile in qualsiasi lavoro, poi fino al 18 giugno 2011 aveva recuperato la piena abilità lavorativa, ma dal 19 giugno 2011 al 13 dicembre 2011 l'incapacità lavorativa era di nuovo del 100%, mentre dal 14 dicembre 2011 v'era una riduzione del rendimento del 10% in ogni attività. Il medico SMR ha altresì precisato che l'assicurata non doveva svolgere un'attività lavorativa che la portava ad utilizzare entrambe le mani in modo continuo e ripetitivo; essa poteva effettuare un lavoro sedentario nel quale non era richiesto l'utilizzo frequente della mano sinistra (per esempio, attività di call center o attività di tipo burocratico-amministrativo in quanto, qualora avesse dovuto richiedere un frequente lavoro di scrittura, l'assicurata avrebbe potuto utilizzare la mano destra e non avrebbe necessitato di utilizzare la sinistra). Avrebbe potuto anche effettuare un lavoro come assistenza clienti in esercizi commerciali. La prognosi è stata giudicata stazionaria. Dall'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica fatta esperire il 20 novembre 2013 (doc. 95) dall'Ufficio assicurazione invalidità, che ha ritenuto l'assicurata salariata al 41% e casalinga al 59%, è emersa una percentuale di invalidità del 12%. Nella decisione del 21 marzo 2014 (doc. 102) l'Ufficio AI ha perciò attribuito all'assicurata una rendita intera dal 12 settembre 2008 all'11 settembre 2010 e poi nuovamente dal 19 giugno al 13 dicembre 2011, dopodiché il diritto è stato interrotto stante un grado di invalidità complessivo (salariata e casalinga) dell'8%.

2.4. Nel mese di marzo 2018 l'assicurata ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni, lamentando che dall'ultima operazione subita alla mano sinistra non aveva più sensibilità dal gomito alle dita. Il medesimo problema è poi sopraggiunto alla mano destra, che nel gennaio 2018 è stata operata al tunnel carpale, ma che l'ha anch'essa portata a non più riuscire a usare bene la mano. La corposa documentazione medica raccolta dall'Ufficio AI per il tramite dell'assicurata rispettivamente interpellando direttamente i suoi medici curanti, ha portato in un primo momento il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale, il 17 agosto 2018 (doc. 124), a riscontrare una nuova patologia con inabilità lavorativa certificata dal 9 aprile 2018 a causa di un trauma contusivo stiloide ulnare al polso destro, mentre il

problema del tunnel carpale era stato risolto con l'intervento del gennaio 2018 (doc. 124). In seguito, l'Ufficio AI ha richiamato dai medici curanti la documentazione determinante e, unitamente ai referti prodotti dall'interessata, l'ha sottoposta al Servizio Medico Regionale per valutazione, il quale il 12 marzo 2019 (doc. 133), stante una pluripatologia con sospetta problematica somatoforme, ha ritenuto necessaria una perizia pluridisciplinare, che è stata affidata al Servizio Accertamento Medico. Nel suo referto peritale del 27 novembre 2019 (doc. 147) il SAM ha riassunto gli atti medici messi a sua disposizione relativi al periodo dal 2008 al 2019, l'anamnesi (familiare, personale-sociale-professionale, patologica, sistemica), i disturbi soggettivi, la descrizione della giornata, le terapie in atto. L'11 giugno 2019 la dr.ssa med. _____, FMH in medicina interna generale, ha valutato le condizioni di salute dell'assicurata, descrivendo nelle constatazioni obiettive lo status, gli esami di laboratorio effettuati, gli esami radiologici precedenti e quelli neurologici del 10 luglio 2019. Essa ha esposto le diagnosi e ha risposto ai quesiti peritali sulla capacità lavorativa dell'assicurata, ritenendola piena. Oltre a lei, altri specialisti si sono pronunciati sulla capacità di lavoro dell'assicurata. Il 1° e l'11 luglio 2019 il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha visitato l'assicurata per 45 minuti per seduta e nel suo referto peritale del 20 luglio seguente ha individuato solo una diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa, ovvero una probabile evoluzione in una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4), perciò la sua capacità lavorativa era totale in qualsiasi attività. Il 2 luglio 2019 il dr. med. _____, FMH reumatologia e riabilitazione, come già in occasione della prima perizia del 2013, ha nuovamente esaminato lo stato di salute dell'assicurata. Esposti l'anamnesi professionale, patologica, sistemica, i disturbi soggettivi attuali, la descrizione della giornata, i reperti dell'esame obiettivo e degli esami radiologici, il perito non ha individuato una diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, ma unicamente un'epicondilopatia radiale e ulnare bilaterale, dolori residui al polso destro in stato dopo trauma contusivo nell'aprile 2018 con contusione nella zona del processo stiloideo del radio, stato dopo intervento chirurgico decompressivo per sindrome del tunnel carpale a destra il 16 gennaio 2018 con residuali disturbi della sensibilità al II e III dito della mano destra, stato dopo tre interventi chirurgici per una sindrome del tunnel carpale a sinistra e iniziale sviluppo di un reumatismo delle parti molli con 10 punti su 18 per una fibromialgia, tutte diagnosi senza influsso sulla capacità. In effetti, il reumatologo non ha riscontrato delle patologie significative a parte i dolori inserzionali agli epicondili e una certa tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli con la presenza di 10 su 18 tender points positivi; non v'erano poi indicazioni anamnestiche di particolari disturbi funzionali se non quelli del sonno. V'era comunque un'evoluzione piuttosto cronica dei disturbi, in parte già presenti nella sua valutazione del 2013, con un certo miglioramento per quanto riguardava la sintomatologia alla colonna cervicale, alla spalla destra, alla mano sinistra, mentre v'era un peggioramento ai gomiti e alla radiocarpica destra. È stata segnalata una certa resistenza alle terapie instaurate sia di tipo medicamentoso sia alle ergoterapie, che sono state interrotte proprio perché peggioravano i disturbi. I tre interventi chirurgici al polso sinistro e uno al polso destro non hanno portato a un risultato ottimale, vi sono sempre dei disturbi residuali, in particolar modo dei disturbi della sensibilità che malgrado la decompressione del nervo mediano sono persistiti nel tempo e a sinistra sono diventati invalidanti. V'è stato un miglioramento con le terapie e probabilmente anche spontaneo alla mano sinistra e alla spalla destra, mentre v'è stato un peggioramento agli epicondili radiali e ulnari che non mostravano un'evoluzione favorevole malgrado le fisioterapia ed ergoterapie e i medicinali assunti. Secondo il reumatologo, per le patologie

all'apparato muscolo scheletrico i disturbi ai gomiti e alle radiocarpiche non erano di entità tale da portare a delle limitazioni funzionali. L'assicurata era abile al lavoro in forma completa per le attività lavorative svolte in precedenza (commessa e donna delle pulizie). V'è stata un'incapacità lavorativa nella forma completa dal 9 aprile 2018 al 28 febbraio 2019 a causa del trauma distorsivo contusivo del polso destro, preso a carico dall'assicuratore infortuni. In seguito, l'assicurata era nuovamente abile al lavoro al 100%. Nell'attività di casalinga era abile in forma completa anche nel periodo in cui è stata dichiarata inabile dall'assicuratore infortuni. In attività adeguate la capacità era come nell'attività precedente. Il dr. med. _____, FMH in neurologia, il 10 luglio 2019 ha avuto modo di valutare durante un'ora le condizioni di salute dell'assicurata, che l'indomani ha riportato nel suo rapporto. Egli ha descritto lo stato neurologico e gli esiti dell'esame elettroencefalografico che ha eseguito. Poi il neurologo non ha posto alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, ma ha solo individuato uno stato da decompressione del canale carpale sinistro e a destra per sindrome del tunnel carpale, con anestesia soggettiva all'avambraccio sinistro e alla mano sinistra e alle dita II-III della mano destra, non spiegabili con una lesione neurogena organica. Nella sua valutazione lo specialista ha rilevato che dopo essere stata operata tre volte per sindrome del tunnel carpale alla mano sinistra tra il 2008 e il 2010 e una volta alla mano destra nel gennaio 2018, l'assicurata presentava disturbi ad entrambe le mani, ma era riuscita a lavorare fino a fine 2015, dopodiché, dopo la seconda gravidanza, ha interrotto l'attività lavorativa e non ha più ripreso a lavorare. All'esame oggettivo non ha rilevato deficit e anche l'esame elettroencefalografico di entrambi i nervi mediani era normale, con buona funzione anche sensitiva. Non era dunque spiegabile con un danno organico il fatto che la paziente descriveva addirittura una anestesia di tutta la mano sinistra e dell'avambraccio e delle dita II-III della mano destra. In effetti, l'assicurata riusciva comunque ad utilizzare entrambe le mani senza limitazioni maggiori (cosa che non sarebbe assolutamente possibile in caso di anestesia completa). Inoltre, durante l'esame clinico essa era riuscita comunque a indicare ad alcuni test della sensibilità di venire toccata con uno o due bastoncini pur indicando sistematicamente il contrario di ciò che avrebbe dovuto sentire. Infine, l'esame elettroencefalografico di entrambi i nervi mediani era normale (nel caso di un deficit di sensibilità così importante ci si sarebbe aspettati almeno una funzione sensitiva chiaramente alterata o addirittura abolita all'elettroencefalografia). Pertanto, l'assicurata presentava buone risorse e capacità e avrebbe potuto garantire un'attività di 8 ore al giorno nella precedente attività come in altre attività adeguate. In ambito domestico non v'era nessuna limitazione maggiore. Non v'era neppure l'indicazione per ulteriori misure terapeutiche. Dal rapporto peritale risulta che le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione che ha avuto luogo fra tutti i medici periti del SAM, i quali hanno giudicato una piena capacità lavorativa sia in ambito somatico sia psichiatrico, perciò non si è reso necessario procedere con una teleconferenza con i periti. Nessuna diagnosi rilevante con ripercussioni sulla capacità lavorativa è stata dunque posta, mentre quelle senza influsso sono già state indicate dai singoli specialisti intervenuti. L'assicurata non presentava quindi limitazioni funzionali né dal punto di vista somatico né da quello psichiatrico, ma anzi presentava buone risorse e capacità sia per gli aspetti somatici che psicoaffettivi. Dal profilo neurologico si sono rilevate chiare discrepanze tra il lato soggettivo concernente una riferita anestesia all'avambraccio e alla mano sinistra, come pure alle dita II e III della mano destra, e i reperti clinici ed elettrofisiologici. Il perito ha descritto che l'assicurata riusciva ad utilizzare entrambe le mani senza limitazioni maggiori, cosa non possibile in caso di anestesia completa. Dall'esame clinico neurologico l'assicurata

era riuscita ad indicare ad alcuni test della sensibilità di venire toccata come pure l'esame elettroencefalografico di entrambi i nervi mediani risultava normale. Questi aspetti potevano essere ricondotti con quanto valutato in ambito psicoaffettivo, ossia con il possibile iniziale sviluppo di una sindrome somatoforme da dolore persistente. La capacità lavorativa come venditrice e ausiliaria di pulizia era totale, così pure in attività adatta. Era giustificata un'incapacità lavorativa del 100% unicamente a seguito dell'infortunio di aprile 2018 con contusione nella zona del processo stiloideo del radio destro dal 9 aprile 2018 al 28 febbraio 2019, quando il caso di infortunio è stato chiuso dall'assicuratore infortuni. Pertanto, l'assicurata è stata ritenuta abile al lavoro da novembre 2017 all'8 aprile 2018 al 100% e poi dal 1° marzo 2019 in poi. Dal profilo internistico, reumatologico, neurologico e psichiatrico, l'assicurata non presentava alcuna limitazione alle varie attività in ambito di economia domestica come pure nessuna limitazione nell'accudimento di figli o di altri familiari. È stata giudicata perciò abile al lavoro al 100%. Nel rapporto finale del 28 novembre 2019 (doc. 146) il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha riassunto gli aspetti medici risultanti dai referti dei curanti dell'assicurata e dalla perizia del SAM, riconoscendo quale diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa soltanto lo stato dopo contusione del polso destro come ammesso dall'assicuratore infortuni. Quale diagnosi senza influsso sulla capacità v'erano lo stato dopo decompressione del canale carpale a sinistra, l'epicondilopatia bilaterale, i dolori residui al polso destro, l'iniziale sviluppo di reumatismo delle parti molli / fibromialgia, una probabile evoluzione in sindrome somatoforme (F45.4) e una sindrome metabolica. Tanto nell'attività abituale quanto in altre adeguate, l'incapacità lavorativa era del 100% dal 9 aprile 2018 al 28 febbraio 2019. Al progetto di decisione del 29 novembre 2019 (doc. 149) di rifiuto di attribuzione di una rendita l'assicurata ha contrapposto due brevi referti del dr. med. RA 1, FMH medicina generale. Il primo, del 28 ottobre 2019 (doc. 153), indica che l'assicurata continuava a lamentare forti dolori alle due braccia, descrivendo per il braccio sinistro un'epicondilite ulnare e radiale grave con forza nettamente diminuita, un'insensibilità completa e costante nella mano sinistra; per il braccio destro anche un'epicondilite ulnare e radiale grave con forza e tono nettamente diminuita, un'insensibilità delle dita II e III fino al metacarpale. L'assicurata era perciò in gravi difficoltà anche come casalinga e aveva bisogno dell'aiuto del marito per i lavori pesanti. A suo dire, non era in grado di svolgere qualsiasi lavoro fisico. Il secondo certificato, del 10 dicembre 2019 (doc. 152), afferma che l'assicurata non era in grado di gestire autonomamente i lavori da casalinga, dovendo ricorrere all'aiuto dei familiari per il bucato, la pulizia ed altri lavori pesanti. La motricità e la sensibilità dei due arti superiori erano compromesse a tal punto che v'era un deficit importante. Malgrado le terapie intense e regolari (medicamentose, immobilizzazione, fisioterapia ed ergoterapia), non si era riusciti a migliorare la sintomatologia e quindi essa non sarebbe stata in grado di trovare un lavoro. Secondo il Servizio Medico Regionale questi referti non documentavano una modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione peritale del SAM (doc. 150). La decisione del 29 gennaio 2020 (doc. III) ha confermato il rifiuto di concederle una rendita di invalidità in assenza di una incapacità lavorativa durata almeno un anno, visto che il danno al polso destro le ha causato una totale incapacità al lavoro e al guadagno (soltanto) dal 9 aprile 2018 al 28 febbraio 2019. Con il ricorso l'assicurata ha prodotto il referto della visita ambulatoriale del 27 febbraio 2019 allestito quel giorno (doc. A). Il dr. med. _____, FMH chirurgia della mano, chirurgia ortopedica e traumatologia, ha posto le diagnosi seguenti: - sindrome del tunnel carpale destra con conferma elettromiografica del 16 novembre 2017 - e/d sinovectomia dei tendini flessori a

livello del tunnel carpale destro con decompressione a cielo aperto del nervo mediano del 16 gennaio 2018 - e/d decompressione a cielo aperto del nervo mediano all'altezza del canale carpale sinistro 2008 - e/d revisione nel 2009 - e/d nuova revisione nel 2010 presso la Clinica universitaria di _____ - Tendovaginite stenosante puleggia A1 FLP pollice destro - e/d infiltrazione di corticosteroidi 02.01.2018 - E/d sinovectomia FLP e incisione puleggia + pollice sinistro 2010 - Sospetta artropatia ATM destra - e/d infiltrazione di corticosteroidi in tecnica eco-guidata 07.03.2018 - e/d infiltrazione di corticosteroidi in tecnica radio-guidata 29.08.2018 - Sospetto morbo di De Quervain mano destra - Epitroclopatia omero-ulnare gomito sinistro - Sospetta tendinopatia estensore ulnare del carpo polso destro e epicondilopatia omero-radiale gomito destro - e/d trauma contusivo/distorsivo aprile 2018 Il dottor _____ ha indicato che il dr. med.

_____, neurologo, ha confermato un buon recupero del nervo mediano a destra dopo l'intervento di decompressione a cielo aperto. L'interessata lamentava un dolore localizzato all'altezza dell'estensore ulnare del carpo al polso destro. Secondo il chirurgo, si poteva trattare di una irritazione rispettivamente infiammazione residua del nervo mediano o all'altezza del canale carpale oppure a livello radicolare-cervicale. L'esame condotto dal neurologo escludeva comunque una sofferenza del nervo all'altezza del canale carpale. Per la tendinopatia dell'estensore ulnare del carpo il chirurgo ha proposto un'ecografia e, se del caso, avrebbe effettuato un'infiltrazione eco-guidata di corticosteroidi. Si trattava nel complesso comunque di una tendinopatia all'altezza degli avambracci e dei gomiti bilateralmente da gestire con trattamenti antalgici e anti-infiammatori in ergoterapia, usando dei tutori e degli anti-infiammatori per bocca e locali. Non erano previsti ulteriori controlli. Nel successivo referto del 29 maggio 2019 (doc. B) il dr. med. _____ ha indicato le medesime diagnosi, aggiungendo: - e/d infiltrazione eco-guidata di corticosteroidi marzo 2019 - Trauma contusivo pollice mano destra il 22.05.2019 Egli ha poi affermato che dall'infiltrazione di corticosteroidi lungo l'estensore ulnare del carpo l'assicurata ha avuto parziale beneficio. Per il trauma contusivo era stata esclusa una frattura; la mobilità articolare delle dita e chiusura del pugno erano complete, la sensibilità e la circolazione periferica erano intatte. A suo dire, si trattava di una contusione dei tessuti senza conseguenze pensando a una lesione strutturale e ha consigliato la paziente di utilizzare il tutore in neoprene per proteggere il pollice nel complesso della mano durante le attività manuali più pesanti. Le sedute di ergoterapia erano state interrotte perché non più prese a carico dall'assicuratore infortuni. Per il chirurgo non c'era un gran margine di miglioramento della situazione attuale, visto anche che i disturbi si stavano cronicizzando. Nella risposta l'Ufficio AI ha affermato che i due citati rapporti del dr. med. _____ sono antecedenti alla perizia pluridisciplinare e che pertanto erano già stati esaminati dal perito (doc. VIII). Il referto della risonanza magnetica del I dito della mano destra eseguita il 3 giugno 2020 (doc. X/1) prodotto dalla ricorrente al TCA quale nuovo mezzo di prova per giustificare la funzionalità nulla della mano destra e del pollice è stato valutato dal dr. med. _____ il 2 luglio 2020 (doc. XII/1) unitamente ai due certificati del dr. med. RA 1. Il medico dell'SMR ha osservato che la risonanza mostrava un'infiammazione a livello dell'articolazione trapezio metacarpale (ATM) a destra e che già in passato (2018) l'assicurata era stata sottoposta a infiltrazioni a questo livello, mentre in occasione della valutazione peritale non era stata descritta un'infiammazione a tale livello, così come negli scritti di fine anno 2019 del medico curante. Il dr. _____ ha quindi riscontrato un peggioramento dello stato di salute con artrite/artrosi attivata a livello ATM a destra. Tale patologia è stata documentata posteriormente alla decisione dell'Ufficio AI e poteva essere

trattata tramite infiltrazioni come in passato o eventualmente tramite un intervento chirurgico. 2.5. Per costante giurisprudenza (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.

E. 3.2

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)"

Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze di opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. (...)"

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.6. In

concreto le conclusioni tratte dal Servizio Medico Regionale il 28 novembre 2019, ribadite nelle annotazioni del 2 luglio 2020 dopo avere sottoposto al dr. med. _____ gli ultimi referti dei medici curanti dell'assicurata, danno un quadro chiaro, completo e non contraddittorio delle condizioni di salute della ricorrente. In effetti, l'SMR si è basato sul rapporto peritale del 27 novembre 2019 reso dal Servizio Accertamento Medico dopo che gli specialisti hanno valutato la ricorrente in ambito internistico, reumatologico, neurologico e psichiatrico. Tutti e quattro gli esperti hanno personalmente visitato l'assicurata e ne hanno esaminato lo stato di salute dopo avere considerato i disturbi soggettivi lamentati dall'interessata e gli esiti della loro osservazione oggettiva. Il neurologo ha pure effettuato un esame elettroencefalografico, dal quale entrambi i nervi mediani sono risultati normali, perciò a quel momento non v'erano elementi a favore di una persistente sindrome del tunnel carpale o di altri danni neurogeni sul territorio del nervo mediano. Pure la RM cervicale eseguita il 23 gennaio 2019 era praticamente nella norma, non avendo evidenziato lesioni midollari né ernie discali o possibili compressioni radicolari cervicali d'altro tipo. Nessun perito ha riscontrato una patologia tale da influire sulla capacità lavorativa della ricorrente. Tutti e quattro hanno infatti rilevato solo delle patologie senza ripercussione sulla capacità lavorativa, la più significativa delle quali era una probabile evoluzione in una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F45.4) evidenziata dallo psichiatra; il dr. med. _____ ha da parte sua diagnosticato un iniziale sviluppo di reumatismo delle parti molli con 10 punti su 18 per una fibromialgia. Il TCA osserva, inoltre, che il neurologo ha evidenziato delle chiare discrepanze tra il dato soggettivo e i reperti clinici ed elettrofisiologici. In effetti, il dr. med. _____ ha affermato che l'assicurata riusciva comunque ad utilizzare entrambe le mani senza limitazioni maggiori, ciò che non sarebbe stato possibile in caso di anestesia completa come da essa indicato. Anche i test della sensibilità hanno dato risultati positivi, perciò difficilmente l'avambraccio e la mano sinistra, così come le dita II e III della mano destra, erano diventati insensibili. Secondo il reumatologo, gli approcci terapeutici adottati fino a quel momento non hanno mai portato a un significativo miglioramento dei disturbi, in particolar modo la loro riduzione così come pure gli interventi chirurgici effettuati. Non v'era quindi alcun provvedimento sanitario adottabile per migliorare la capacità lavorativa. Anche per il neurologo non v'erano proposte terapeutiche. Ai fini della concessione di una rendita di invalidità, determinante è qui osservare che né dal profilo internistico, né da quello reumatologico e neurologico e neppure in ambito psichiatrico è stata accertata una qualsivoglia incapacità lavorativa non solo nella precedente attività svolta dall'assicurata (venditrice e ausiliaria di pulizie), ma neppure in altre attività adeguate al suo stato di salute. Anche come casalinga non sono stati evidenziati impedimenti maggiori nell'eseguire le mansioni consuete. Ciò contrasta indubbiamente con le dichiarazioni del dr. med. RA 1, medico curante dell'assicurata, che invece ha sostenuto che essa presentava una debolezza e un indolenzimento di entrambe le braccia dai gomiti alle dita, tanto che non era più in grado di alzare pesi e di fare lavori pesanti come il bucato e la pulizia. A suo dire, la motricità e la sensibilità delle due braccia erano a tal punto compromesse da dovere riconoscere un deficit importante che le impediva di svolgere un qualsiasi lavoro. Tuttavia, il Tribunale evidenzia che il dr. med. RA 1 non ha oggettivato le sue affermazioni e non ha fornito un quadro dettagliato delle condizioni di salute dell'assicurata, ma sembra essersi limitato ad esporre dei disturbi soggettivi. Inoltre, egli non è specialista in materia (reumatologia/neurologia /ortopedia), essendo specialista FMH in medicina generale, e quindi le sue dichiarazioni al riguardo non hanno pieno valore probatorio (sul principio secondo cui la valutazione di

medico non specialista in materia non può per giurisprudenza avere pieno valore probatorio, cfr. STF 9C_18/2010 del 7 ottobre 2010, consid. 5.3.2; STF 9C_53/2009 del 29 maggio 2009, consid. 4.2 e i riferimenti; fra le ultime: STCA 32.2019.200 del 16 giugno 2020; STCA 32.2018.220 del 21 ottobre 2019; STCA 32.2017.172 del 28 maggio 2018; STCA 32.2017.124 del 22 febbraio 2018; STCA 32.2016.59 del 30 marzo 2017). Per di più, un rinvio ai pareri specialistici del dottor _____ non comporta che le sue allegazioni assumono maggior valore, anche perché il rapporto del 29 maggio 2019 prodotto con il ricorso, presente nell'elenco atti di cui si sono serviti per valutare l'assicurata, è già stato debitamente esaminato dai periti. Quanto al certificato del 27 febbraio 2019, effettivamente non agli atti, è però sovrapponibile ed è incluso in quello di maggio. La scrivente Corte evidenzia ancora che tanto il medico curante quanto il perito reumatologo sono concordi nell'affermare che tutte le terapie di cui la ricorrente ha beneficiato negli anni - siano esse la fisioterapia, l'ergoterapia, la farmacoterapia e gli interventi chirurgici alle mani - sono state poco efficaci. Essi non si trovano invece d'accordo sulla determinazione della capacità lavorativa dell'assicurata, che nessuno specialista che l'ha visitata nel luglio 2019 l'ha ritenuta diminuita né nell'attività di venditrice e ausiliaria di pulizie, né in altre attività adeguate, ma neppure nello svolgimento di attività in ambito casalingo. I periti hanno chiaramente spiegato i motivi per cui si era in presenza di una piena capacità lavorativa in tutti gli ambiti specialistici analizzati, perciò il TCA non ha motivo di distanziarsi dalle loro conclusioni, che peraltro sono state confermate anche dal Servizio Medico Regionale non solo in sede amministrativa il 28 novembre 2019, ma anche davanti al Tribunale stesso il 2 luglio 2020 dopo avere nuovamente analizzato l'intero caso della ricorrente anche alla luce degli ultimi referti prodotti, datati 2020. In particolare, il dr. med. _____ ha rilevato che la risonanza magnetica del 3 giugno 2020 ha accertato un peggioramento con artrite a livello dell'articolazione trapezio metacarpale destra che non era stata precedentemente descritta a tale livello. Essa poteva essere trattata con infiltrazioni o con un intervento chirurgico. Essendo però questo peggioramento successivo alla decisione impugnata, è a ragione che l'Ufficio AI non l'ha ritenuta ai fini della controversia ora in esame. Tutto ben considerato, dunque, non vi sono elementi oggettivi tali per scostarsi dalle considerazioni e dalle conclusioni che i periti internisti, reumatologi, neurologi e psichiatri hanno tratto in merito alle condizioni di salute dell'assicurata, che il Servizio Medico Regionale ha avallato in due occasioni. Il TCA deve pertanto concludere che i disturbi lamentati dalla ricorrente non sono tali da cagionarle un'inabilità lavorativa oltre il periodo che il perito dell'assicurazione infortuni ha stabilito dal 9 aprile 2018 al 28 febbraio 2019 a seguito del trauma contusivo al polso destro con assenza di danni strutturali. Stando così le cose, considerato che sulla base della perizia SAM il periodo di inabilità lavorativa accertato è inferiore alla durata di almeno un anno richiesta dall'art. 28 LAI, non è dunque possibile attribuire all'assicurata una rendita di invalidità sulla base del suo stato di salute esistente fino al 29 gennaio 2020. Il ricorso deve di conseguenza essere respinto. 2.7. 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 della ricorrente.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di

assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "

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