

TI_GERICHTE 32.2024.44 vom 17. April 2024

TI Tribunale d'appello, 2024-04-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2024.44

FR: TI_GERICHTE 32.2024.44 du 17 avril 2024

IT: TI_GERICHTE 32.2024.44 del 17 aprile 2024

Regeste

Ricorso (respinto) contro la decisione di rifiuto di rendita. Conclusioni SMR confermate a fronte delle scarse e parzialmente irrilevanti refertazioni dei curanti. Valutazione anticipata prove. Negata assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio

Erwägungen

E. 46

). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. Con il nuovo art. 28b LAI il legislatore ha voluto introdurre un sistema di rendite (relativamente) lineare per la determinazione dell'importo della rendita: gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70% (cpv. 3) e ad un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40% (cpv. 4), mentre se il grado d'invalidità si pone tra il 40% e il 49%, l'importo della rendita viene computato del 2,5% per ogni grado d'invalidità supplementare (cpv. 4); se il grado d'invalidità è compreso tra il 50% e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto

guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84) . S econdo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222).

2.3. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il Tribunale federale ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2014, pag. 98). Nella DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10; F45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008, pagg. 254-257). Nella STF 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 (Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, pag. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). 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). In due sentenze del 30 novembre 2017, pubblicate in DTF 143 V 409 e 143 V 418, il TF 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, deve trovare applicazione per tutte le malattie psichiche. Ciò significa, in particolare per depressioni lievi fino a medio-gravi, che il precedente criterio della "resistenza alle terapie" come condizione necessaria per la concessione di una rendita AI non vale più in maniera assoluta (cfr. comunicato stampa del Tribunale federale del 14 dicembre 2017). Nelle succitate due sentenze in parola il TF è giunto alla conclusione che la descritta procedura deve essere applicata 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. Nella DTF 145 V 215 il TF ha infine stabilito che anche le sindromi da dipendenza primaria, come tutte le malattie psichiche, devono essere sottoposte, in linea di principio, a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. Il Tribunale federale ha confermato la giurisprudenza di cui alle DTF 143 V 409 e 143 V 418 anche nelle 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). 2.4. 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, ad 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). Circa il ruolo del medico SMR, va rammentato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2., in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). 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) 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). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere

diverse condizioni (Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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 psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352).

2.5. 2.5.1. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, al fine di accertare lo stato valetudinario dell’assicurata l’Ufficio AI ha sottoposto la refertazione medica pervenutagli al medico SMR. Quest’ultimo, con rapporto finale del 31 gennaio 2024 ha accertato – oltre all’assenza di limiti funzionali – una capacità lavorativa completa dal 1. novembre 2014, conclusioni confermate anche a fronte delle osservazioni al preavviso presentate dall’assicurata (cfr. supra consid. 1.1. e 1.2.). In sostanza, il medico SMR ritiene che le refertazioni del curante generalista non siano sufficienti a comprovare l’insorgenza di un’incapacità lavorativa nell’intervallo temporale tra il 1. novembre 2014 ed il 31 gennaio 2024 e che un eventuale peggioramento della situazione valetudinaria, accertato dalla curante psichiatra indicativamente per il 20 febbraio 2024, sia irrilevante per rapporto alla decisione sulle prestazioni. La ricorrente contesta le conclusioni del medico SMR, sostenendo di essere inabile al lavoro in misura completa già da diversi anni prima della domanda di prestazioni del novembre 2023, fondandosi sulle medesime refertazioni mediche già prodotte in sede d’istruttoria amministrativa. Questa Corte, chiamata a verificare se lo stato di salute della ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non ravvisa alcun motivo per metterne in dubbio le conclusioni.

2.5.2. La ricorrente contesta l’incapacità lavorativa accertata dal medico SMR, prevalendosi delle refertazioni del dr. _____ (cfr. infra consid. 2.5.2.1.) e della dr.ssa _____ (cfr. infra consid. 2.5.2.2. e seg.), già prodotte in sede d’istruttoria amministrativa.

2.5.2.1. Il medico curante dr. _____ ha allestito le seguenti refertazioni. Il certificato del 31 marzo 2023, allegato alla domanda di prestazioni, presenta il seguente tenore (doc. 1, pag.1 incarto AI): " Certificato medico Il medico firmatario certifica per RI 1 _____ 1963 [...] inabilità al lavoro, 100% in seguito a malattia dal 31 marzo 2023 Durata prevista a tempo indeterminato Anamnesticamente e a mio modo di vedere inabilità lavorativa è da ritenere completa da

tanti anni." Il certificato del 17 luglio 2023 presenta il seguente tenore (doc. 1, pag. 2 incarto AI): " Con la presente certifico, in funzione di medico curante, che la paziente sopraccitata è inabile al 100% per qualsiasi lavoro. Problema principale: Sindrome di disadattamento/depressione cronica Segnalo che ho suggerito alla paziente di inoltrare la domanda di invalidità per un eventuale rendita [...]" Il rapporto del 27 dicembre 2023, con estratti della cartella clinica, presenta il seguente tenore (doc. 11 incarto AI, sottolineature del redattore): " Conosco la paziente da oltre 20 anni . L'ho seguita in funzione di medico curante. Non l'ho vista per 15 anni , quando si è ripresentata al 31.03.2023 (nel frattempo non è stata da nessun altro medico/ha interrotto anche per tanti anni la relazione con la psichiatra Dr.ssa _____ dalla quale andava). In base alle consultazioni del 31.3.2023 e del 28.04.2023 posso giudicare la paziente sana dal punto di vista fisico ma malata per quanto riguarda la sfera psichica . Infatti soffre di una depressione cronica importante che a mio modo di vedere giustifica un'incapacità lavorativa completa da tanti anni . Trattasi di una valutazione retrospettiva che mi sembra più che ragionevole. [...] Intanto non ho prescritto psicofarmaci ma consigliato di riprendere contatto con la psichiatra Dr.ssa _____ o di indicarmi se volesse cambiare. [...] La prognosi è a mio modo di vedere negativa per un'eventuale ripresa di qualsiasi attività lucrativa. La paziente non si oppone ad un eventuale valutazione psichiatrica e nemmeno a degli accertamenti al _____ . [...]" " Verläufseinträge [...] 14.07.2023 – 10:00 S. di disadattamento MP

Subjektiv: dal 2016 senza stipendio Abklärung: ad AI?

Therapie: Dr.ssa _____ o altri 31.03.2023 – 10:45 S. di

disadattamento, AA: MP / Benutzer: DB Subjektiv : La paziente non è più stata da noi negli ultimi 15 anni ma non ha frequentato nessun altro medico tranne per un periodo di circa un anno la Dr.ssa _____ alla quale l'avevo indirizzata io ai tempi. Ha sviluppato una sindrome di disadattamento in seguito alla separazione dal marito, circa 23 anni fa, è peggiorata nel 2005 dopo la morte del papà . Aggravatosi perché ha tirato su i tre figli da sola , accentuatosi dopo la perdita del lavoro nel 2014 e la fase in disoccupazione dove i vari collocamenti l'hanno esaurita . Umiliata diverse volte (almeno soggettivamente da potenziali datori di lavoro) è stata mantenuta dai tre figli e non osava né chiedere rendita AI né andare in assistenza. Si vergognava. Non si sente collocabile per altri posti di lavoro in quanto teme il rapporto con il datore di lavoro, ulteriori umiliazioni. Viene per chiedere un certificato di non poter essere collocabile . Objektiv: Vedi diagnosi

Beurteilung: Diagnosi: sindrome da disadattamento cronica con/su: - sindrome ansiosa - incapacità lavorativa completa probabilmente da anni Abklärung:

labor, esame clinico Therapie: intanto niente , dr.ssa _____?" " Consultazioni [...]

12.05.2023, 09:15 – 09:30, Dr. med. _____ checkup Valutazione: tutto

bene 28.04.2023, 07:45 – 08:00, Dr. med. _____ Allgemeiner KG-Eintrag checkup

Anamnesi: fisicamente ok mai dalla gin. cg buone, Pulsfrequenz: 80,

Pulsrhythmus: Regelmässig, Blutdruck sitzend Oberarm rechts: 140/80,

Gewicht in kg: 73, Grösse in cm: 162, Gewicht BMI: 27.82, Körperoberfläche: 1.81, cuore,

polmoni, sp. no struma Valutazione: compensata Procedere: labor dr.

_____, mammografia esame prev x ca colon." Il certificato del 21 marzo 2024

presenta il seguente tenore (doc. 22 incarto AI): " [...] mi permetto di precisare quanto segue. Non sono per niente d'accordo con il progetto di decisione e contrariamente al Servizio Medico Regionale [...] ritengo che il danno alla salute [...] comporta un'incapacità al lavoro totale. La decisione del SMR si è basata solo sullo studio atti? È stata fatta una perizia psichiatrica? Ritengo doveroso rivalutare il caso!" Si rileva innanzitutto che il

curante ha dichiarato di conoscere l'insorgente da vent'anni ma di averla rivista solo dopo quindici anni nel marzo 2023 senza che, ad eccezione di un breve periodo, in tale intervallo vi sia stata una presa a carico specialistica. Tale circostanza solleva già di per sé notevoli dubbi circa l'incapacità lavorativa accertata, in particolare per la " valutazione retrospettiva " secondo cui l'insorgente sarebbe inabile al lavoro in modo completo " probabilmente da anni ". Ciò, a maggior ragione se si considera che il curante non è uno psichiatra ma un medico generalista (cfr. supra consid. 1.1.). Inoltre, come si evince dall'estratto della cartella clinica di cui sopra, la ricorrente si era presentata – dopo quindici anni – il 31 marzo 2023 proprio allo scopo di ottenere dal curante un certificato medico attestante " di non poter essere collocabile ". Richiesta a cui quest'ultimo ha dato seguito prendendo per fedefacente il resoconto dell'assicurata circa il suo vissuto, gli asseriti soprusi subiti e l'ansia di cercare un nuovo lavoro per poi certificare, il giorno stesso e senza prescrivere alcun tipo di terapia, che " Anamnesticamente e a mio modo di vedere inabilità lavorativa è da ritenere completa da tanti anni ", prescindendo dunque da qualunque confronto critico e oggettivo (per la valutazione oggettiva si è limitato a rinviare alla diagnosi, come si evince dall'estratto della cartella medica relativo alla visita del 31 marzo 2023) con il resoconto fornitogli dall'insorgente. Risulta quindi quantomeno inopportuna la critica rivolta al medico SMR con lo scritto del 21 marzo 2024 circa la mancata attuazione di approfondimenti medici. A quest'ultimo proposito, si rammenta che neppure la circostanza che un assicurato non sarebbe stato visitato dai medici dell'AI, rispettivamente da un perito, consente di inficiarne le conclusioni (vedasi la recente STF 9C_418/2023 del 4 settembre 2024 consid. 5.2.1 con rinvio alla STF 8C_500/2022 del 4 maggio 2023 consid. 3) e che un'opinione divergente di uno o più medici curanti non è sufficiente a rimettere in discussione l'accertamento dei fatti operato dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (pro multis STF 9C_337/2023 del 22 agosto 2023 consid. 3.3.2 e 8C_17/2018 consid. 4.4.). Singolare risulta altresì il fatto che il curante non abbia prescritto psicofarmaci a fronte di un'affezione psichiatrica, a suo modo di vedere, così invalidante e presente da tanti anni, limitandosi a consigliare all'assicurata " di riprendere contatto con la psichiatra Dr.ssa _____ [...] " (doc. 11, pag. 39 incarto AI). Carente risulta anche la formulazione della diagnosi riportata, il curante non avendone neppure indicato l'inquadramento nell'International Classification of Diseases (ICD), la classificazione abitualmente richiesta in presenza di un danno alla salute psichica, di dolori somatoformi e di sindromi da dipendenza primaria (vedasi in tal senso la STCA 32.2004.31 del 7 novembre 2005 e la 32.2018.158 del 30 luglio 2019 con rinvii giurisprudenziali; cfr. supra consid. 2.3. e 2.4.). Con la visita del 28 aprile 2023 il curante ha constatato, previa valutazione dei risultati degli esami di laboratorio, che l'assicurata non soffriva di patologie somatiche (doc. 11 incarto AI). In sintesi, i surriferiti scarni e generici certificati del curante, comunque debitamente vagliati dal medico SMR, non inficiano la valutazione di quest'ultimo in punto alla capacità lavorativa. Va peraltro sottolineato che, di principio, in caso di lite non ci si può fondare sulla posizione del medico curante, ancorché specialista (cfr. supra consid. 2.4.), considerato peraltro che in casu il parere discordante è stato espresso da un medico generalista. 2.5.2.2. La curante psichiatra ha allestito le seguenti refertazioni. Il certificato del 4 dicembre 2023 (doc. 5 incarto AI, sottolineature del redattore): " 1. Con la presente certifico di aver avuto in cura la signora [...] dal 20.09.2006 [...] al 03.08.2007. L'ho rivista di nuovo 2 volte nel 2009 (16.06.2009 e il 01.07.2009) e in seguito nel 2014 dal 28.08.2014 al 14.10.2014. La diagnosi era [...] sindrome di disadattamento con reazione ansiosa depressiva F 43.22. 2. [...] era inabile al lavoro al

100% dal 28.08.2014 [...] al 31.10.2014 . In precedenza era [...] inabile dal 22.06.2009 al 02.08.2009 . 3. La paziente ha ricevuto una cura farmacologica antidepressiva Paroxetin 20 mgp 0-0-1 ansiolitica Xanax 05 mgp 0-0-0-1, Xanax 0.25 mgp 1-1-0 Neurolettica Risperdal 1 mgp 0-0-0-1 in seguito sostituita con Zyprexa 2.5 mgp 0-0-1. La cura è terminata nel mese di agosto 2007 . 4. [...] è stata dichiarata abile al 100% il 01.11.2014 . 5. Da quella data non ho più visto la paziente [...].” Nel rapporto del 31 gennaio 2024 il medico SMR, specialista in psichiatria, ha così preso posizione circa le refertazioni dei curanti (sottolineature del redattore): " [...] Nel rapporto medico del 04.12.2023 [...] della dr.ssa _____ [...], è descritto come l'assicurata sia stata in sua cura dal 20.09.2006 fino al 03.08.2007. L'assicurata è stata rivisitata in due circostanze nel 2009 [...] e [...] nel 2014 [...]. La diagnosi era di [...] sindrome di disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva ICD 10 F43.22 . La dottoressa _____ ha certificato una IL del 100% dal 28.08.2014 al 31.10.2014 . In precedenza era stata inabile dal 22.06.2009 al 02.08.2009. La diagnosi formulata dalla specialista psichiatra [...] per definizione , comporta che i sintomi dell'ansia e della depressione sono contemporaneamente presenti ma né gli uni né gli altri sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente . Le reazioni miste ansioso-depressive sono patologie che di regola rispondono molto bene alle terapie e che durano di regola al massimo sei mesi . Inoltre, la gravità dei sintomi non può essere tale da giustificare un'altra diagnosi (ad es. un episodio depressivo lieve che sarebbe di maggiore gravità) e conseguentemente una riduzione della CL dell'assicurato. Non sono quindi giustificati periodi di IL al di fuori di quelli certificati dalla dr.ssa _____.” Ora, al di là della questione diagnostica, ben delineata dal dr. _____ e sulla quale, di principio, non compete a questo Tribunale determinarsi (STCA 32.2023.87 del 23 febbraio 2024 con rinvio alla giurisprudenza federale), quanto descritto dal medico SMR trova conferma nel surriferito rapporto della curante. Quest'ultima aveva infatti preso in cura l'assicurata dal 20 settembre 2006 al 3 agosto 2007, terminando già allora la terapia farmacologica antidepressiva. Successivamente, ella ha visitato in sole quattro occasioni (due nel 2009 e due nel 2014) l'insorgente, accertando dei brevi periodi (inferiori a sei mesi) d'incapacità lavorativa completa ed il riacquisto della capacità lavorativa in misura completa a far tempo dal 1. novembre 2014. Ne consegue che i sovraesposti referti della dr.ssa _____ non permettono di discostarsi dalla capacità lavorativa accertata dal medico SMR fino al 31 gennaio 2024, che va integralmente confermata. 2.5.2.3. La ricorrente si prevale anche del certificato medico dell'11 marzo 2024 della curante psichiatra e che presenta il seguente tenore (docc. 17 e 23 incarto AI, sottolineature del redattore): " [...] lo stato psichico della mia paziente è peggiorato nell'ultimo mese presenta una buona parte dei sintomi di un episodio depressivo di media gravità con sintomi Bipolari (perdita di interesse per le attività che erano di suo gradimento, mancanza di reattività emotiva nei confronti degli eventi piacevoli, marcata perdita di appetito (ha perso 4 kg), peggioramento mattutino della depressione, stanchezza, rallentamento psicomotorio). La paziente dice che si occupa della sua igiene personale (fare la doccia) solo due volte la settimana mentre prima la faceva tutti i giorni.