

## Allegato VI – Indicatori standard in dettaglio

Nota bene: l'uso del catalogo va sempre adattato alle circostanze del caso. Non si tratta di una lista di controllo da verificare punto per punto (DTF 141 V 281, consid. 4.1.1)

<b>A. Categoria «gravità delle limitazioni funzionali»</b>	
a. Sottocategoria «Danno alla salute»	
i. Entità dei reperti rilevanti ai fini della diagnosi	<ul style="list-style-type: none"><li>• La constatazione di manifestazioni concrete del danno alla salute diagnosticato è utile per distinguere le limitazioni funzionali dovute a quest'ultimo dalle conseguenze dirette di fattori non assicurati.</li><li>• Il punto di partenza è la gravità minima dei disturbi inerenti alla diagnosi.<ul style="list-style-type: none"><li>• Vanno considerati gli aspetti che possono escludere l'obbligo di prestazione dell'assicurazione per l'invalidità giusta la DTF 131 V 49. Per esempio, di norma non sussiste alcun danno alla salute assicurato, laddove la riduzione della capacità di rendimento è da ricondurre ad aggravamento clinico o a un fenomeno simile.</li></ul></li></ul> <p>Indizi di queste o altre manifestazioni di un utile secondario della malattia si hanno in particolare quando l'assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- descrive dolori che contrastano notevolmente con il suo comportamento o l'anamnesi;</li><li>- dice di soffrire di dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago;</li><li>- non fa ricorso ad alcun trattamento medico né ad alcuna terapia;</li><li>- si lamenta in modo ostentato ma poco credibile;</li><li>- afferma di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, ma presenta un contesto psicosociale largamente intatto.</li></ul> <p>Se nel caso specifico risulta chiara la presenza di aspetti che escludono la supposizione di un danno alla salute, allora manca sin dall'inizio la base per la concessione di una rendita, anche in presenza delle caratteristiche distintive di un disturbo da dolore somatoforme (v. art. 7 cpv. 2 primo periodo LPG). Laddove gli indizi in questione si presentano in concomitanza con un danno alla salute distinto comprovato, occorre valutare le conseguenze di quest'ultimo escludendo gli effetti dell'aggravamento. La plausibilità della gravità del percorso patologico dell'assicurato deve essere verificata anche in base a tutti gli elementi eziologici e patogenetici disponibili rilevanti ai fini della diagnosi. In particolare, la definizione del disturbo da dolore somatoforme al codice ICD-10 F45.4 sottolinea l'importanza dei fattori eziologici: la particolarità del disturbo è la sua manifestazione in</p>

	<p>combinazione con conflitti emozionali o problemi psicosociali, cui è da attribuire la principale responsabilità per l'inizio, la gravità, l'esacerbazione o il perdurare dei dolori.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per trarre conclusioni sulla gravità non si deve più utilizzare la nozione di utile primario della malattia.</li> </ul>
<p>ii. Successo della terapia o resistenza alla stessa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il fallimento definitivo di una terapia indicata ed eseguita a regola d'arte con la piena collaborazione dell'assicurato è indice di una prognosi negativa. Se invece la terapia non risulta (più) al passo con lo stato attuale della medicina o nel singolo caso è ritenuta inadeguata, il suo fallimento non permette di trarre conclusioni sulla gravità dei disturbi.</li> <li>• I disturbi psichici in questione sono considerati invalidanti soltanto se risultano gravi e (ormai) incurabili.</li> <li>• Di regola, nel caso di un percorso patologico relativamente recente (e dunque difficilmente cronicizzato) esistono ancora possibilità di cura ed è quindi da escludere una resistenza alla terapia. Nella maggior parte di questi casi la questione della cronicizzazione di un disturbo da dolore somatoforme <i>persistente</i> non è pertanto di fondamentale aiuto nella determinazione della gravità: in assenza di un'evoluzione del dolore di lunga data e consolidata è praticamente impossibile che sussista un'incapacità lavorativa invalidante; queste considerazioni devono già valere per la diagnosi.</li> <li>• Inoltre, laddove il ricorso a terapie e la collaborazione dell'assicurato permettono di trarre conclusioni sull'effettiva esistenza e sulla gravità della sofferenza, occorre valutare la plausibilità degli effetti del danno alla salute.</li> </ul>
<p>iii. Successo dell'integrazione o resistenza alla stessa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anche l'integrazione in senso giuridico permette di trarre conclusioni sulla gravità di un danno alla salute. Infatti, come nel caso delle terapie mediche esigibili (non a carico dell'AI, fatto salvo l'articolo 12 LAI), che richiedono la partecipazione attiva dell'assicurato alla propria integrazione, anche nell'ambito dell'integrazione professionale l'assicurato ha il dovere di provvedere da sé alla propria integrazione e, se del caso, di partecipare a provvedimenti di integrazione e di reinserimento (art. 8 seg., art. 14 segg. LAI). Se l'assicurato non partecipa ai provvedimenti, nonostante la sua idoneità secondo il parere medico e il sostegno dell'organo esecutivo, questo fatto costituisce un forte indizio che il danno alla salute non è invalidante. Al contrario, l'insuccesso dell'integrazione nonostante la piena collaborazione può risultare molto importante nel quadro di una valutazione che tiene conto delle circostanze del singolo caso.</li> </ul>

iv. Comorbidità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comorbidità psichica non è più generalmente prioritaria, ma va considerata unicamente in base alla sua importanza concreta nel singolo caso, in particolare per valutare se sottrae risorse all'assicurato.</li> <li>• I precedenti criteri «comorbidità psichica» (recte: «comorbidità psichiatrica») e «malattie fisiche concomitanti» devono essere riassunti in un criterio uniforme. Occorre analizzare globalmente le interazioni e le altre relazioni del disturbo da dolore con i diversi disturbi collaterali con valore patologico. Un disturbo che secondo la giurisprudenza non può essere di per sé invalidante, non è una comorbidità, ma va eventualmente considerato nel quadro della diagnostica della personalità.</li> <li>• In linea di principio, la necessità di eseguire un'analisi globale sussiste a prescindere dal tipo di rapporto tra la sindrome da dolore e la comorbidità. Pertanto, una depressione non perde più qualsiasi tipo di rilevanza quale possibile fattore privato di risorse per il semplice fatto di presentare un (eventuale) nesso medico con il disturbo da dolore. Invece, i quadri clinici che risultano essere semplici varianti diagnostiche dello stesso disturbo con identici sintomi non sono considerati comorbidità, per evitare di tenere conto due volte di un medesimo danno alla salute rilevabile e descrivibile in diversi modi.</li> <li>• Di base non esiste un rapporto lineare tra il numero dei disturbi fisici non sufficientemente riconducibili a cause organiche (ovvero di sindromi da dolore somatoforme nelle diverse forme di manifestazione) e la gravità delle limitazioni funzionali. Pertanto non esiste una regola schematica del tipo «più è alto il numero di disturbi e più le limitazioni funzionali sono gravi», altrimenti ci si limiterebbe a inanellare sintomi e referti e a valutarli in termini meramente quantitativo-meccanici, perdendo così di vista gli effetti complessivi del quadro clinico sulla funzionalità.</li> </ul>
b. Sottocategoria «Personalità» (diagnostica della personalità, risorse personali)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oltre alle forme tradizionali di diagnostica della personalità, che mirano a tracciare un quadro della struttura della personalità e dei disturbi, va considerato anche lo schema delle cosiddette «funzioni complesse dell'io». Questo termine indica le capacità insite nella personalità, che permettono di trarre conclusioni sulla capacità di rendimento (p. es. la percezione di sé e degli altri, il controllo della realtà e la capacità di giudizio, il controllo degli affetti e degli impulsi, l'intenzionalità e l'impulso).</li> <li>• Dato che la diagnostica della personalità dipende più di altri indicatori (p. es. quelli riferiti ai sintomi e ai comportamenti) dalla persona che esegue l'esame, le motivazioni addotte in quest'ambito devono soddisfare requisiti particolarmente elevati. Per definire chiaramente questi ultimi saranno redatte apposite linee direttive mediche.</li> </ul>
c. Sottocategoria «Contesto sociale»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anche il contesto sociale contribuisce a determinare la manifestazione concreta degli effetti del danno alla salute, che sono il solo fattore determinante per la valutazione della causalità: i fattori di</li> </ul>

	<p>stress sociale che hanno direttamente conseguenze negative sul piano funzionale continuano a non essere presi in considerazione. Al contrario, invece, il contesto di vita può offrire all'assicurato anche risorse (sfruttabili), come il sostegno da parte della rete sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Occorre sempre assicurarsi di evitare la commistione tra l'incapacità al guadagno per ragioni di salute (art. 4 cpv. 1 LAI), da un lato, e un'assenza di guadagno non assicurata o altre situazioni di vita stressanti, dall'altro.</li> </ul>
--	---

<b>B. Categoria «plausibilità» (dal punto di vista del comportamento)</b>	
<p>a. Analogia delle limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti i gli ambiti affini della vita</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'indicatore analogia delle limitazioni nello svolgimento delle attività in tutti i gli ambiti affini della vita mira a determinare se la limitazione in ambito professionale (o nello svolgimento delle mansioni consuete), da un lato, e quella in tutti gli altri ambiti della vita (p. es. l'organizzazione del tempo libero), dall'altro, presentino la stessa gravità.</li> <li>• Il criterio già esistente dell'isolamento sociale deve invece essere rilevato in modo da permettere di individuare, oltre a indizi su limitazioni, anche le risorse esistenti; d'altro canto un isolamento per ragioni di salute può anche concorrere a ridurre ulteriormente tali risorse.</li> <li>• Laddove rilevabile, è inoltre raccomandabile eseguire un confronto con il livello delle attività sociali prima dell'insorgere del danno alla salute. Il livello delle attività deve sempre essere considerato in relazione all'incapacità lavorativa dichiarata.</li> </ul>
<p>b. Sofferenza comprovata dall'anamnesi del percorso terapeutico e d'integrazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il ricorso alle possibilità terapeutiche, vale a dire la misura in cui l'assicurato fa ricorso a cure oppure omette di farlo fornisce indizi sull'effettiva sofferenza. Ciò vale tuttavia solo fintantoché il relativo comportamento non viene influenzato dal decorso della procedura assicurativa.</li> <li>• Non è possibile concludere che non vi sia sofferenza, quando la mancata partecipazione a una terapia raccomandata e accessibile o la scarsa disponibilità sono chiaramente riconducibili a una incapacità (irrimediabile) di riconoscere la propria malattia.</li> <li>• Allo stesso modo va tenuto in considerazione anche il comportamento dell'assicurato nell'ambito dell'(auto)integrazione professionale. Anche in questo caso i comportamenti incoerenti sono un indizio del fatto che la limitazione dichiarata non è dovuta a un danno alla salute assicurato bensì ad altre cause.</li> </ul>