

TI_GERICHTE 32.2010.182 vom 27. Mai 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-05-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.182

FR: TI_GERICHTE 32.2010.182 du 27 mai 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.182 del 27 maggio 2010

Regeste

Richiesta di una rendita AI. Rinvio degli atti all'amministrazione per ulteriori accertamenti in seguito al peggioramento dello stato di salute

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00). 2. Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la modifica del 6 ottobre 2006 della legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI), di altre leggi federali nonché della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (5a revisione dell'AI; RU 2007 5129 e segg.). Per la disanima del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale, secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1, pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329). Ne discende che nel caso in esame si applicano le norme sostanziali in vigore fino al 31 dicembre 2007 per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 27 maggio 2010, data della decisione impugnata, che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), trovano applicazione le nuove norme (sentenza 9C_443/2009 del 19 agosto 2009). In concreto la questione non ha comunque particolare portata pratica, poiché la 5a revisione dell'AI non ha modificato in maniera sostanziale le disposizioni legali sulla valutazione del grado d'invalidità. La giurisprudenza fondata sulle norme precedenti mantiene pertanto la sua validità (cfr. sentenza 8C_76/2009 del 19 maggio 2009, consid. 2). Nel merito 3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI (nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2008) prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre

quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. 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). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che 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 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01).

E. 4

In concreto dagli atti emerge che il medico SMR, dr. med. _____, dopo aver esaminato tutta la documentazione medica prodotta ha ritenuto necessario far allestire una perizia pluridisciplinare ad opera del SAM. Dal referto, datato 2 aprile 2009 (doc. AI 47-1), risulta che i periti hanno fatto capo a 3 consulti specialistici esterni, di natura psichiatrica (dr. med. _____), reumatologica (dr. med. _____), neurologica (dr. med. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di fibromialgia, sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a destra più che a sinistra su/con osteocondrosi L5/S1, progressiva sindrome

radicolare S1 (eventualmente L5) su ernia discale paramediana L5-S1 a destra (MRI del 14 febbraio 2006), attualmente poco sintomatica, periartropatia omero-scapolare tendinopatia nell'ambito di una leggera tendinopatia del tendine del muscolo sub scapolare a sinistra, reazione di disadattamento depressiva in fase di recupero (ICD-10 F43.21) e la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di condropatia retrorotulea di grado II al ginocchio destro e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Dalla perizia emerge che dal punto di vista neurologico non c'è alcuna incapacità lavorativa. Il consulente dr. med. _____, specialista FMH neurologia, ha evidenziato come dalla documentazione radiologica emerge la presenza di un'ernia discale a livello L5-S1 a destra che può avere causato in passato una sindrome radicolare S1 o L5 a destra e non si può del tutto escludere che anche attualmente vi sia talvolta una componente radicolare alla gamba destra. D'altro canto predominano attualmente dolori diffusi di tipo principalmente fibromialgico ed eventuali problematiche focali neurologiche sono assolutamente in secondo piano e possono essere considerate poco rilevanti dal punto di vista funzionale, almeno nella situazione attuale. In assenza di reperti neurologici maggiori e viste le caratteristiche dei sintomi il consulente ha ritenuto l'assicurato per quanto concerne gli aspetti neurologici abile al lavoro al 100%. Dal punto di vista reumatologico il dr. med. _____, FMH reumatologia e riabilitazione, ha diagnosticato la presenza di una fibromialgia. Sono presenti tutti i tenders points necessari per questa diagnosi, nonché i dolori a carattere diffuso alle estremità superiori ed inferiori ed alla colonna vertebrale. Sulle radiografie convenzionali persiste una discopatia osteocondrotica L5-S1. L'interessata ha sviluppato una problematica di periartropatia della spalla sinistra con attualmente una leggera sintomatologia d'impigement. La patologia principale a carattere fibromialgico è da mettere in relazione con uno sviluppo depressivo, per il quale l'assicurata è stata in cura psichiatrica e che attualmente ha interrotto, non traendone un grosso beneficio. Vi sono delle limitazioni in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale, in particolar modo il passaggio lombosacrale, dove è presente questa discopatia osteocondrotica. Vi sono quindi delle limitazioni in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale, in cui l'assicurata deve svolgere dei movimenti di flessione e rotazione del tronco, deve mantenere delle posizioni statiche in piedi per un periodo superiore ai 30 minuti, deve alzare dei pesi superiori ai 7,5-10 kg e deve mantenere delle posizioni sedute tra i 45-60 minuti. Come infermiera presso una casa anziani l'assicurata è da considerare inabile al lavoro nella misura del 50%. Come infermiera in un settore nel quale non debba alzare pazienti e nel quale vengono tenute in considerazione le limitazioni sopra indicate l'interessata sarebbe ancora abile al lavoro nella forma completa. Anche per altri lavori che tengano in considerazione le limitazioni sopra elencate, vi sarebbe una capacità lavorativa del 100%. Nell'attività lavorativa di casalinga vi è una riduzione del 10% da riferire ad attività particolarmente pesanti, come quella del passare l'aspirapolvere o del lavare i pavimenti ed i vetri. L'assicurata può comunque trarre aiuto dagli altri membri della famiglia, che partecipano sostanzialmente al buon andamento dell'economia domestica. Infine, per quanto concerne l'aspetto psichiatrico, la dr.ssa _____, medico chirurgo, specialista in psichiatria, ha precisato che l'ansia è stata particolarmente evidente nel periodo d'uscita dall'ultima attività lavorativa, dove la relazione con la "capa" le risultava particolarmente difficile e dolorosa; oggi la rileva di meno e appare meno evidente all'interlocutore. La consulente ha posto la diagnosi di reazione di disadattamento depressiva in fase di recupero (ICD-10 F43.21) e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). L'assicurata presenta gli strascichi di una reazione di disadattamento, che pare essersi progressivamente

migliorata dall'esordio nel 2007 a oggi, anche se non completamente risolta. Ha mostrato comunque una discreta capacità reattiva, mettendo in campo le sue risorse e arrivando a ridurre in modo rilevante i sintomi della pregressa reazione di disadattamento. Risulta inabile al lavoro, dal punto di vista psichico, al 10% in relazione ai temi di deflessione umorale, ai lievi contenuti d'ansia, alla tensione emotiva che sperimenta sui temi lavorativi dopo il vissuto di inadeguatezza sperimentato nel 2007 e le reazioni di non comprensione dei suoi colleghi e sovrapposti. Come casalinga è capace nella percentuale del 100%. Alla luce dei tre consulti specialistici, i periti hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente nella misura del 50% come infermiera presso una casa anziani (lavoro a tempo pieno, con una diminuzione del rendimento nella misura del 50%), ciò a partire dal 25 settembre 2007. Come casalinga l'assicurata presenta una capacità lavorativa del 90% per i motivi reumatologici già evidenziati. Per quanto concerne le conseguenze sulla capacità d'integrazione, i periti hanno affermato: " (...) Dal lato reumatologico vi sono delle limitazioni in attività lavorative particolarmente pesanti, nelle quali l'A. debba sollecitare in modo significativo la colonna vertebrale, in particolar modo il passaggio lombosacrale. Vi sono delle limitazioni in attività non ergonomiche per la colonna vertebrale, in cui l'A. deve svolgere dei movimenti di flessione e rotazione del tronco, deve mantenere delle posizioni statiche in piedi per un periodo superiore ai 30 minuti, deve alzare dei pesi superiori ai 7,5-10 kg e deve mantenere delle posizioni sedute tra i 45-60 minuti. Per quanto riguarda un'attività lavorativa come infermiera in un settore nel quale l'A. non debba alzare pazienti e nel quale vengono tenute in considerazione le limitazioni sopra elencate, l'A. presenta una capacità lavorativa del 90% (limitazione del 10% per i motivi psichiatrici citati al capitolo 8), valida a partire dal 25.09.2007. Anche per altri lavori che tengano in considerazione le limitazioni reumatologiche sopra elencate, vi è una capacità lavorativa del 90% a partire dal 25.09.2007. Dal lato psichiatrico il rientro nel mondo lavorativo è auspicabile anche perché la struttura di personalità dell'A. mal sopporta il confronto con limiti e incompetenze, potendone derivare un più rilevante insulto all'autostima con peggioramento della prognosi." (doc. AI 47-18) Il medico SMR dr. med. _____, sulla base della citata perizia ha posto la diagnosi principale di fibromialgia, sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno su osteocondrosi L5/S1, pregressa sindrome radicolare S1 destra attualmente poco sintomatica, l'ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di reazione da disadattamento depressiva in fase di recupero, periartropatia omero scapolare tendinopatia sinistra (leggera tendinopatia del sub scapolare), condropatia retro rotulea grado II ginocchio sinistro (doc. AI 48-2). Quali limiti funzionali ha indicato la possibilità di cambiare posizione, posizioni statiche: eretta 30 minuti, seduta 45 minuti, flessioni e rotazioni del tronco ripetute da evitare, posizione eretta con tronco flesso in avanti ridotta, pesi normali fino 10 kg ed ha indicato un'incapacità lavorativa del 50% come infermiera in casa per anziani e del 10% in attività adeguata dal settembre 2007 (doc. AI 48-2). Il

E. 7

dicembre 2009 è stata esperita l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica di cui si dirà, laddove necessario, in seguito (doc. AI 58-1). Pendente causa la ricorrente ha prodotto un attestato del 30 giugno 2010 del dr. med. _____, psichiatria e psicoterapia FMH, da cui emerge: " (...) Sia nella forma che nei contenuti la valutazione psichiatrica è da considerare adeguata e conforme alle regole dell'arte, e molto verosimilmente rispecchia la situazione bio-psico-sociale della paziente al momento dell'esame clinico lo scorso febbraio 2009, circa 17 mesi dopo l'inizio della totale incapacità lavorativa. Mi permetto comunque di esprimere all'attenzione della collega

Dr.essa _____ alcune osservazioni: La prima critica, di natura clinica, si riferisce alla descrizione del tipo di funzionamento/organizzazione di personalità della paziente, descrizione che ritengo di definire troppo stringata ed essenziale; se la collega avesse sviluppato maggiormente questa valutazione avrebbe certamente potuto meglio definire il particolare registro di funzionamento psicosomatico della signora RI 1 (alessitimia o estrema difficoltà, a volte impossibilità, di percepire il proprio vissuto emozionale-affettivo con conseguente deficit introspettivo, pensiero concreto-operatorio, tendenza a fissare sul soma i conflitti intrapsichici o gli stress esistenziali con produzione o no di patologie fisiche, incapacità di far fronte alle crisi contestuali o personali a causa della rigidità del funzionamento psicocognitivo, ecc). La seconda critica, di natura prognostico-prospettiva, riguarda il fatto che la Dr.essa _____ avrebbe dovuto insistere maggiormente sulla necessità di un sostegno-accompagnamento nella ripresa dell'attività professionale (risposte N. 6, 7,9 e 10 della perizia) specificandone le modalità sul piano psicosociale. (...) La signora RI 1 presenta una inquietante patologia psichiatrica mista assimilabile a: ICD 10 – F 32.11 Episodio depressivo di media gravità, con sintomi biologici, di registro cronico involutivo. Associato a: ICD 10 – F 45.4 Sindrome somatoforme da dolore persistente sviluppatasi su problematiche somatiche algiche ben repertorate, essenzialmente di natura vertebrale. Che la rendono a mio avviso: - Temporaneamente, ma per un periodo attualmente non determinabile che potrebbe però prolungarsi per molti mesi ancora, totalmente inabile al lavoro; - Senza un massiccio, accurato e consistente sostegno reintegrativo professionale da parte di professionisti specializzati in questo genere di intervento, totalmente e definitivamente incapace di trovare una attività confacente alle sue competenze e rispettose delle limitazioni fisiche ben conosciute.” (doc. B2) Sulla base di quanto sopra la dr.ssa med. _____, medico SMR, psichiatra, ha affermato: " (...) Rispetto quindi alla valutazione SAM ora si cita la diagnosi di un episodio depressivo maggiore. Non viene specificata da quanto tale diagnosi sarebbe emersa, si presume posteriormente alla perizia SAM dato che il Dr _____ non era lo psichiatra curante dell'A nel periodo antecedente e durante la valutazione SAM in cui è scritto che l'A aveva da mesi sospeso la presa a carico psichiatrica della Dr.ssa _____. Inoltre lo stesso Dr _____ ritiene che la valutazione della Dr.ssa _____ rispecchiasse la situazione presente in quel momento. La diagnosi di disturbo somatoforme viene invece confermata. Inoltre la nuova documentazione medica non descrive la sintomatologia presente, il quadro clinico obiettivabile e le conseguenze che la patologia psichiatrica ha sulla CL dell'A. Per tali motivi considero che l'attuale certificazioni non porti elementi medici che possano modificare le conclusioni basate sulla perizia SAM.” (doc. VI/Bis) Con certificato del 31 agosto 2010 il dr. med. _____ ha affermato: " Con il presente certificato di avere in cura la paziente sopraccitata dal 17.5.2010, la presa a carico è stata richiesta dal medico curante a causa del massiccio aggravamento di una sintomatologia depressiva nel corso dei primi mesi del corrente anno. Tenendo conto della mia assenza per ferie (tre settimane) l'ho vista 8 volte (l'incontro più recente è del 26 c.m.) per dei colloqui psicoterapeutici di 30-40 minuti, attualmente la signora RI 1 assume SEROPRAM liquido (6 gocce/12 mg il 26.8) a dosi progressive e TRYPTIZOL 10 mg. Sulla base delle informazioni anamnestiche raccolte e le osservazioni clinico-diagnostico-prognostiche accumulate in questi primi tre mesi di cura, sono in grado di affermare quanto segue: . La signora RI 1 è una 47enne di origini _____, coniugata e madre di tre figli, in Ticino da oltre 20 anni; infermiera di formazione, nel nostro cantone ha sempre lavorato presso la _____. Dalla fine degli anni '90 presenta una problematica dorsalgica che nel tempo si è progressivamente

aggravata. Nel settembre 2007 è stata dichiarata totalmente inabile al lavoro a causa delle problematiche dorsali, la totale incapacità lavorativa è tutt'ora presente. Nel corso del 2008 (febbraio-luglio) è stata seguita sul piano psichiatrico psicoterapeutico dalla Dr.essa _____ a _____ a seguito dell'emergenza di una sintomatologia ansioso-depressiva di natura reattiva, in correlazione diretta con l'assenza di miglioramento clinico sul piano somatico e del perdurare dell'incapacità di lavoro; stando al meglio e sentendosi contemporaneamente a disagio con la specialista, questa presa a carico è stata interrotta dalla stessa paziente. In un contesto di persistenti algie dorsali con conseguente mancata ripresa delle attività professionali, alla fine del 2008 la signora RI 1 inoltra una regolare richiesta di prestazioni AI, nei primi mesi del 2009 subisce una perizia multidisciplinare presso il _____ dell'Ospedale _____ di _____, in seguito verrà valutata sul piano riabilitativo professionale e delle capacità nell'esecuzione delle attività domestiche da parte degli esperti dell'Ufficio dell'Assicurazione Invalidità/UAI di _____. Alla fine dell'estate 2009 esaurisce i 24 mesi di totale assenza dal lavoro e di conseguenza viene interrotta l'erogazione dell'indennità di malattia-perdita di guadagno. Negli ultimi 3-4 mesi del 2009 presenta una emergenza ansioso-disforico-depressiva che si associa alle dorsalgie croniche e ad altri disturbi algici (cefalee, dolori muscolari diffusi, mal digestione, ecc.). Il suo stato clinico misto, psicosomatico, si aggrava ulteriormente nel corso dei primi mesi del corrente anno; il peggioramento clinico è stato tra l'altro accelerato dalla ricezione della decisione dell'UAI che gli riconosce ¼ di rendita AI. Già nella prima metà del mese di aprile il Dr. _____ aveva sollecitato una presa a carico alla mia consultazione, ma è soltanto dal 17.5.2010 che seguo regolarmente questa paziente. . Dal nostro primo incontro nel mese di maggio a tutt'oggi la paziente presenta una evidente e marcata sintomatologia ansioso-disforico-depressiva caratterizzata da abulia, anedonia, astenia-affaticabilità, marcata apprensività, tensione motoria (irrequietezza, incapacità di rilassarsi), iperattività vegetativa (sensazione di testa vuota, tachicardia, tachipnea, malessere epigastrico, capogiri), labilità emozionale con frequenti momenti di abbattimento-commozione con o senza pianto, diminuzione delle competenze psicocognitive (attenzione, concentrazione, memoria ecc) che la rendono incapace di assicurare senso-coerenza-continuità alla maggior parte delle mansioni quotidiane, perdita di piacere-slancio-iniziativa, sentimenti di colpa-incapacità-nullità-indegnità, pessimismo con tendenza ad immaginare un futuro catastrofico-fallimentare per sé e per i familiari. Parallelamente a questa sintomatologia che tocca affetti e vissuto emozionale, la signora RI 1 presenta una evidente fissazione sulle problematiche somatiche aggravata da un persistente-continuo stato di angoscia che focalizza gran parte della sua attenzione. Presenta inoltre un registro di funzionamento della personalità di tipo psicosomatico con estrema difficoltà, a volte impossibilità, di percepire (aver coscienza o consapevolezza) il proprio vissuto emozional-affettivo (alessitimia) con conseguente deficit introspettivo, pensiero concreto-operatorio, tendenza a fissare sul soma i conflitti intrapsichici o gli stress esistenziali, incapacità di far fronte con efficacia agli stress contestuali o personali a causa della rigidità del funzionamento psicocognitivo. . Sul piano diagnostico presenta dunque: ICD 10- F32.11 Episodio depressivo di media gravità, con sintomi biologici, di registro cronico-involutivo. ICD 10 – F 45.4 Sindrome somatoforme da dolore persistente sviluppatasi su problematiche somatiche ben repertorate, prevalentemente di natura vertebrale. ICD 10 – F 60.8 Organizzazione di personalità psicosomatica. . Sul piano terapeutico mi trovo confrontato con una paziente attualmente nell'impossibilità di beneficiare di un approccio psicoterapeutico a causa del

registro di funzionamento psicosomatico e che per di più tollera molto male l'effetto degli psicofarmaci (ciò che spiega l'attuale prescrizione in dosi lentamente progressive del SEROPRAM e l'impossibilità di prescrivere oltre i 10 mg di TRYPTIZOL, antidepressivo che già con una presa di 25 mg la paziente non riesce a tollerare). Tutto ciò rende estremamente difficile l'amministrazione della cura specialistica e concorre ad una ulteriore cronicizzazione-involuzione del disturbo. . La prognosi clinico-esistenziale è a mio avviso estremamente riservata con rischio di definitiva cronicizzazione della patologia affettiva e psicosomatica, e di ulteriore involuzione del funzionamento bio-psico-sociale. . La prognosi socio-occupazionale è altrettanto inquietante con, a mio avviso, un prolungamento per svariati mesi, dell'attuale totale incapacità lavorativa e, nel caso di un recupero della stessa, una totale e definitiva incapacità di reintegrazione nel mondo del lavoro senza un massiccio, accurato e consistente intervento reintegrativo professionale da parte di professionisti specializzati in questo tipo di intervento.” (doc. C) Il 14 settembre 2010 la dr.ssa med. _____, medico SMR, ha affermato: " (...) Confermo la mia precedente annotazione del 20.07.2010. Dalla nuova documentazione redatta dal Dr _____ del 31.08.2010 non viene nuovamente menzionato quando la patologia depressiva sarebbe insorta (ribadisco che si presume posteriormente alla perizia SAM dato che il Dr _____ non era lo psichiatra curante dell'A nel periodo antecedente e durante la valutazione SAM. Inoltre lo stesso Dr _____ riteneva che la valutazione della Dr.ssa _____ rispecchiasse la situazione presente in quel momento), quando sarebbe iniziata la completa IL e in che modo la patologia psichiatrica menzionata abbia ripercussioni sulla CL.” (doc. AI XII) 5. Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella

DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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 (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; 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; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il 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 (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; 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). 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 (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). 6. In concreto, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, questo Tribunale non ha motivo per mettere in dubbio la perizia pluridisciplinare del SAM del 2 aprile 2009. Per quanto concerne le valutazioni del dr. med. _____ (neurologo) e del dr. Med. _____ (reumatologo), univoche e convincenti, esse non sono sovvertite da alcun atto medico contrario e il TCA non ha nessun elemento per non poterle ritenere fedefacenti ritenuto come rispettano le condizioni poste dalla giurisprudenza per dare ad un referto piena forza probatoria. L'insorgente contesta le conclusioni del dr. med. _____ nella misura in cui ritiene che in attività leggera l'interessata, tenuto conto delle limitazioni descritte nella perizia, sarebbe abile al 100%. La ricorrente tuttavia non produce alcun certificato medico atto a sovvertire l'approfondito esame peritale dello specialista FMH in reumatologia e riabilitazione il quale, dopo aver descritto nei particolari l'anamnesi familiare, personale remota, sociale ed attuale, aver descritto le affezioni attuali e i dati oggettivi ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di fibromialgia, sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno prevalentemente sul lato destro più che a sinistra su un'ostecondrosi L5/S1 in stato dopo ernia discale paramediana a destra L5/S1 con compressione radicolare S1 a destra (RM del 14.02.2006), periartropatia omero scapolare tendinopatia nell'ambito di una leggera tendinopatia del tendine del muscolo sub-scapolare a sinistra ed ha motivato in maniera approfondita e convincente per quale motivo, tenuto conto delle limitazioni ivi descritte, in attività pesanti, quali quella precedente di infermiera l'incapacità lavorativa raggiunge il 50%, mentre in attività più leggere vi è una capacità lavorativa del 100% (doc. AI 47-32). Lo specialista ed i periti del

SAM hanno indicato in maniera precisa i limiti funzionali entro i quali la ricorrente è capace al lavoro al 100% in ambito reumatologico, al 90% tenuto conto della limitazione per motivi psichiatrici (cfr. doc. AI 47-17). Va qui rilevato che l'invalidità, concetto essenzialmente economico, si misura in base alla riduzione della capacità di guadagno e non secondo il grado di menomazione dello stato di salute. D'altro canto, poiché l'incapacità di guadagno importa unicamente nella misura in cui dipende da un danno alla salute, la determinazione dell'invalidità presuppone preliminarmente adeguati accertamenti medici che rilevino il danno in questione. Spetta al medico fornire una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurato e di tracciare un esatto quadro degli impedimenti che egli incontra nell'esplicare determinate funzioni. Il medico indicherà per prima cosa se l'assicurato può ancora svolgere la sua professione, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Egli valuterà finalmente il grado dell'incapacità lavorativa che gli impedimenti provocano sia nella professione attuale sia nelle altre relativamente confacenti (cfr., su questi aspetti, la STFA del 20 aprile 2004 nella causa K., I 871/02 e la STFA del 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). Tuttavia l'invalidità, proprio perché concetto essenzialmente economico, si misura raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora o potrebbe realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili, in un mercato del lavoro equilibrato, dopo l'adozione di eventuali provvedimenti integrativi (cfr. art. 16 LPGa). La giurisprudenza federale ha, più volte, confermato il principio che, nella determinazione dell'invalidità, non c'è la possibilità di fondarsi su una valutazione medico-teorica del danno alla salute dovuto all'infortunio e che occorre, sempre, basarsi sulle conseguenze economiche di tale danno. In concreto il dr. med. _____, ha effettuato una precisa descrizione dello stato di salute dell'assicurata, ha tracciato un esatto quadro degli impedimenti che l'insorgente incontra nell'esplicare determinate funzioni ed ha indicato in che misura l'assicurata può ancora svolgere la sua professione e attività più leggere, precisando quali sono le controindicazioni in quell'attività e in altre analoghe. Va a questo proposito rammentato che il principio dell'esigibilità configura un aspetto del principio della proporzionalità. Secondo la dottrina questo principio permette di pretendere da una persona un determinato comportamento anche se presenta degli inconvenienti (Peter, Die Koordination der Invalidenrente, Schultess 1997 p. 71 e dottrina ivi citata), anche in virtù del principio della riduzione del danno. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità ci si deve fondare su un mercato del lavoro equilibrato e dunque fittizio; ci dev'essere cioè un certo equilibrio tra domanda e offerta di posti di lavoro e un'offerta di posti diversificati in relazione con le capacità professionali, intellettuali e fisiche. Si tratta pertanto di un concetto teorico e astratto (DTF 110 V 276; Meyer ■ Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts, 1997, p. 212). Un assicurato non può pertanto avvalersi dell'impossibilità congiunturale di trovare un posto di lavoro per pretendere una rendita (ZAK 1984 p. 347). Ciò non è il caso se l'attività ammissibile è possibile solo in forma talmente limitata, che il mercato generale del lavoro praticamente non la conosce o se il suo esercizio è reso possibile solo grazie alla collaborazione irrealistica di un datore di lavoro medio (ZAK 1989 p. 322; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 124). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, 1991, p. 232). La misura dell'attività

ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa ■ conformemente a un principio generale vigente anche nel diritto delle assicurazioni sociali ■ all'assicurato incombe l'obbligo di diminuire il danno (DTF 123 V 233, 117 V 278 e 400 e i ivi riferimenti; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pp. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 1995, p. 61). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze di una sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (DTF 113 V 28 e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer-Blaser, op. cit., p. 221). Come detto, tutte le circostanze d'ordine sociale e personale dell'assicurato di per sé non sono determinanti per la valutazione dell'invalidità, ma sono piuttosto rilevanti di principio per la fissazione, se del caso, del reddito ipotetico da invalido (DTF 126 V 78; STFA 14 febbraio 2004 nella causa T, I 594/04; Pratique VSI 2002 p. 64). In concreto va evidenziato che esiste un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 463/00 del 28 ottobre 2003, consid. 3.3). Il TF ha così già ripetutamente statuito che esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua (consid. 2b non pubblicato della sentenza DTF 119 V 347; Pratique VSI 1998 pag. 293 consid. 3b pag. 296; si veda anche la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 401/01 del 4 aprile 2002, consid. 4c). Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o semi qualificato (RCC 1989 pag. 328 consid. 4a pag. 331), in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano aggravii fisici (RCC 1980 pag. 481 consid. 2 pag. 482; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 329/01 del 25 febbraio 2003, consid. 4.7). A ciò si aggiunge che, tramite la riduzione del reddito ammessa dalla giurisprudenza (DTF 126 V 75) si tien conto delle limitazioni riconducibili al danno alla salute, come ad esempio dell'impossibilità di portare pesi superiori ad una certa misura e quindi anche del fatto che la persona può, in realtà svolgere, solo lavori leggeri ("leidensbedingte Einschränkung", DTF 129 V 472 consid. 4.2.3 pag. 481 con riferimenti, sentenza I 418/06 del 24 settembre 2007, consid. 4.3). In concreto, ritenuto che, come si vedrà meglio in seguito, gli atti vanno comunque rinviati all'amministrazione per ulteriori accertamenti, spetterà all'UAI, dopo aver effettuato gli ulteriori approfondimenti medici ordinati da questo Tribunale, chinarsi nuovamente sulla questione delle professioni esigibili ed indicare alla ricorrente le attività nelle quali realizzare la capacità lavorativa residua. 7. Per quanto concerne la patologia psichiatrica va evidenziato che se le valutazioni della Dr.ssa _____ sono in sostanza contestate dal dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia e medico curante della ricorrente, in particolare per quanto concerne la stringatezza della descrizione del tipo di funzionamento/organizzazione della personalità della paziente e l'assenza da parte della specialista di una richiesta di accompagnamento nella ripresa dell'attività professionale, mentre le conclusioni sono sostanzialmente condivise (cfr. doc. B2. " sia nella forma che nei contenuti la valutazione peritale psichiatrica è da considerare adeguata e conforme alle regole dell'arte, e molto verosimilmente rispecchia la situazione bio-psico-sociale della

paziente al momento dell'esame clinico lo scorso febbraio 2009, circa 17 mesi dopo l'inizio della totale incapacità lavorativa”), d'altra parte lo specialista ha accertato che successivamente la patologia psichica ha subito un netto peggioramento. Questo Tribunale, alla luce delle valutazioni peritali e delle affermazioni del medico curante, dr. med.

_____, non ha motivo per non ritenere motivate e convincenti le conclusioni cui è giunta la dr.ssa _____ al momento dell'allestimento della perizia che va pertanto anch'essa ritenuta conforme ai dettami richiesti dalla giurisprudenza. La specialista, seppur in maniera succinta, ha infatti valutato attentamente i mali di cui si lamentava la ricorrente, ha compiutamente motivato le proprie conclusioni e non sussistono indizi che possano far ritenere inattendibili le valutazioni della dr.ssa _____. Successivamente lo stato di salute psichico della ricorrente ha tuttavia subito un netto peggioramento (cfr. doc. C). Come a nota giurisprudenza, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto il 27 maggio 2010), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). La dr.ssa med. _____, medico SMR, afferma che il dr. med. _____ non avrebbe menzionato quando la patologia depressiva sarebbe insorta, quando sarebbe iniziata l'incapacità lavorativa completa e in che modo la patologia psichiatrica menzionata abbia ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. XII). In concreto il dr. med. _____ ha affermato di aver in cura la paziente dal 17 maggio 2010, che la presa a carico è stata chiesta dal medico curante nella prima metà del mese di aprile a causa del massiccio aggravamento di una sintomatologia depressiva “ nel corso dei primi mesi del corrente anno ” (doc. C) ed ha diagnosticato la presenza di un episodio depressivo di media gravità, con sintomi biologici, di registro cronico-involutivo, ICD 10 - F 32.11 non presente al momento della perizia SAM (doc. VI/Bis e B2). Il 31 agosto 2010 ha inoltre evidenziato che l'interessata soffre anche di “ organizzazione di personalità psicosomatica, ICD 10 – F 60.8 .” (doc. C). Dalle affermazioni, motivate, del medico curante, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, da cui il TCA non ha motivo di dipartirsi, emerge che vi è stato un netto peggioramento dello stato valetudinario della ricorrente dal punto di vista psichico che è avvenuto prima dell'emanazione della decisione impugnata e deve pertanto essere ritenuto. Il dr. med. _____ in particolare ha sottolineato come “ dal nostro primo incontro nel mese di maggio a tutt'oggi la paziente presenta una evidente e marcata sintomatologia ansioso-disforico-depressiva caratterizzata da abulia, anedonia, astenia-affaticabilità, marcata apprensività, tensione motoria (irrequietezza, incapacità di rilassarsi), iperattività vegetativa (sensazione di testa vuota, tachicardia, tachipnea, malessere epigastrico, capogiri), labilità emozionale con frequenti momenti di abbattimento-commozione con o senza pianto, diminuzione delle competenze psicocognitive (attenzione, concentrazione, memoria ecc) che la rendono incapace di assicurare senso-coerenza-continuità alla maggior parte delle mansioni quotidiane, perdita di piacere-slancio-iniziativa, sentimenti di colpa-incapacità-nullità-indegnità, pessimismo con tendenza ad immaginare un futuro catastrofico-fallimentare per sé e per i familiari ” e che “ parallelamente a questa sintomatologia che tocca affetti e vissuto emozionale ” l'interessata “ presenta una evidente fissazione sulle problematiche somatiche aggravata da un persistente-continuo stato di angoscia che focalizza gran parte della sua attenzione. ” La ricorrente presenta “ inoltre un registro di funzionamento della personalità di tipo

psicosomatico con estrema difficoltà, a volte impossibilità, di percepire (aver coscienza o consapevolezza) il proprio vissuto emozionale-affettivo (alesitimia) con conseguente deficit introspettivo, pensiero concreto-operatorio, tendenza a fissare sul soma i conflitti intrapsichici o gli stress esistenziali, incapacità di far fronte con efficacia agli stress contestuali o personali a causa della rigidità del funzionamento psicocognitivo". La situazione, rispetto alla descrizione effettuata dalla dr.ssa _____, è di conseguenza completamente mutata. Dagli atti non emerge tuttavia con sufficiente chiarezza la data esatta del peggioramento dello stato valetudinario, rilevato che il dr. med. _____ nel certificato del 31 agosto 2010 (doc. C), se da una parte ha affermato che la presa a carico è stata richiesta " dal medico curante a causa del massiccio aggravamento di una sintomatologia depressiva nel corso dei primi mesi del corrente anno ", dall'altra ha pure evidenziato che già " negli ultimi 3-4 mesi del 2009 " la ricorrente ha presentato " una emergenza ansioso-disforico-depressiva che si associa alle dorsalgie croniche e ad altri disturbi (cefalee, dolori muscolari diffusi, mal digestione, ecc) ". Lo stato di salute della ricorrente, dal punto di vista psichico, necessita pertanto di ulteriori approfondimenti medici, e meglio di una nuova perizia psichiatrica, atta a stabilire il momento esatto del peggioramento dello stato di salute e la sua incidenza sulla capacità lavorativa dell'interessata sia nella precedente attività di infermiera che in qualsiasi altra attività leggera. La necessità di ulteriori accertamenti medici influisce pure sull'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economica domestica che l'insorgente del resto contesta. L'inchiesta è infatti stata effettuata il 7 dicembre 2009, ossia in un periodo in cui il peggioramento dello stato di salute potrebbe già essere insorto (cfr. quanto indicato in precedenza e doc. C: " ultimi 3-4 mesi del 2009") e di cui la consulente in integrazione non era tuttavia al corrente essendo stata segnalata dal medico curante, dr. med. _____, nei certificati prodotti in sede di ricorso. Inoltre, con sentenza 32.2010.173 del 24 novembre 2010, questo TCA, a proposito di un'inchiesta economica effettuata presso una persona affetta da una patologia psichica, ha affermato: " Chiamato a pronunciarsi, il TCA ritiene che nel caso concreto l'amministrazione non poteva limitarsi a fare proprie le conclusioni dell'assistente sociale ma doveva sottoporle ad un medico per una valutazione. Come ricordato al considerando 2.9. l'Alta Corte ha stabilito che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta - strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica - è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici. L'Alta Corte, nella STF I 685/02 del 28 febbraio 2003, ha infatti sottolineato che: " (...) Praxisgemäss bedarf es des Beizuges eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei ungläubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (AHI 2001 S. 161 Erw. 3c; Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01; unveröffentlichtes Urteil W. vom 17. Juli 1990, I 151/90). Weil der Abklärungsbericht für Hausfrauen vorwiegend auf die Behinderung infolge körperlicher Gebrechen ausgerichtet ist, bedarf es einer ärztlichen Überprüfung allenfalls auch dann, wenn psychische Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen (unveröffentlichtes Urteil C. vom 9. November 1987, I 277/87)." (vedi anche STFA 11 agosto 2003 nella causa S., I 681/02) Nella presente fattispecie l'assicurata soffre di un grave disturbo di personalità (ICD10F60.30) e di una sindrome depressiva ricorrente (ICD10F33) che limitano la sua capacità lavorativa in maniera importante (dall'80 al 100%, secondo le valutazioni del X e del medico curante, cfr. doc. AI 20-1; 35-1). In

considerazione della grave patologia psichiatrica dell'assicurata che "ha subito svariate recrudescenze, in parte di carattere reattivo ad un contesto sociale tutt'altro che facile" (doc. F) l'amministrazione avrebbe dovuto sottoporre l'esigibilità delle singole mansioni, accertate in sede d'inchiesta economica, al vaglio di un medico specialista in psichiatria, ciò che non è avvenuto. Successivamente all'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 18 giugno 2009 l'amministrazione si è infatti unicamente chinata sulla questione riguardante il metodo di graduazione dell'invalidità da applicare nel caso di specie (metodo specifico per le persone non esercitanti un'attività lucrativa, piuttosto che quello per persone che svolgono un'attività salariata), riprendendo quindi integralmente e acriticamente le conclusioni del rapporto della consulente che aveva fissato una limitazione complessiva del 41,5% (doc. AI 23-1)." (sottolineatura del redattore)

In concreto, alla luce del peggioramento dello stato di salute della ricorrente sopraggiunto nel frattempo, ritenuto che non può essere escluso che fosse presente già al momento dell'inchiesta economica, la quale non è stata sottoposta alla valutazione di un medico psichiatra, questo TCA ritiene necessario che, dopo aver fatto esperire la nuova perizia psichiatrica, l'UAI, a dipendenza dell'esito della medesima, valuti da una parte la necessità di effettuare una nuova inchiesta e dall'altra sottoponga in ogni caso le risultanze dell'inchiesta del 7 dicembre 2009 ad un medico psichiatra per una presa di posizione. Le censure sollevate dalla ricorrente contro i contenuti e le conclusioni dell'inchiesta economica non vanno pertanto ancora esaminate, in attesa dei nuovi accertamenti medici. L'amministrazione dovrà tuttavia tenerne conto, rispondendo alle lamentele dell'insorgente, quando emetterà il nuovo provvedimento amministrativo.

8. Ritenuto che, in attesa degli ulteriori accertamenti, non è (ancora) possibile utilizzare l'inchiesta economica eseguita il 7 dicembre 2009, non è ancora possibile esprimersi compiutamente circa il calcolo del grado d'invalidità. Tuttavia, considerato che l'insorgente contesta il raffronto dei redditi effettuato dall'UAI, va evidenziato quanto segue. Per quanto concerne il reddito da valida l'assicurata rileva che l'amministrazione non ha preso in considerazione le ore supplementari che svolgeva con regolarità nel corso degli anni. L'UAI ha utilizzato un reddito da valida di fr. 64'652.50 valevole per il 2008 evinto dall'attestato del datore di lavoro di cui al doc. AI 22-3. L'insorgente ritiene che si debba far capo al salario conseguito nel 2007 di fr. 67'516.40 (ossia il salario conseguito nei mesi di gennaio – settembre 2007 di fr. 46'973.30 : 9 X 12 cui va aggiunta la tredicesima di fr. 4'885.35), che va adeguato al 2008 in fr. 68'732. L'interessata rileva che la differenza sostanziale rispetto al calcolo effettuato dall'amministrazione consiste nel fatto che quest'ultima non ha conteggiato le ore supplementari. Dagli atti emerge che il datore di lavoro ha attestato un salario di fr. 67'707.70 nel 2006 e di fr. 66'727.25 nel 2007, mentre per il 2008 ha indicato un reddito mensile di fr. 4'973.30 (doc. AI 22-4), ossia fr. 64'652.90 all'anno (doc. AI 22-3). L'interessata ha inoltre prodotto i conteggi dei redditi percepiti nel 2008 da cui emerge che il datore di lavoro versava un importo lordo di fr. 4'973.30 (netto di fr. 4'300.65), senza tuttavia conteggiare eventuali indennità di servizio notturno e/o festivo, in quanto non più effettuato verosimilmente a causa dell'incapacità lavorativa (cfr. doc. AI 22-4; doc. B4 e seguenti, doc. B3). Con sentenza 9C_986/2009 dell'11 novembre 2010 il TF ha affermato: "

6.2.2 Das kantonale Gericht rechnet zum Valideneinkommen neben dem eigentlichen Lohn zwar auch die für die Hauswarttätigkeit gewährte Mietzinsreduktion als zusätzlichen Verdienst hinzu, liess aber die Überstundenentschädigung und den in den aktenkundigen Lohnabrechnungen ausgewiesenen Stundenzuschlag ohne Begründung ausser Betracht. Dazu ist zu bemerken, dass die Beschwerdegegernerin bei dem von ihr vorgenommenen

Einkommensvergleich das Valideneinkommen mittels Tabellenlohn ermittelte, weil einerseits die Beschwerdeführerin ihre Stelle verloren und andererseits in einem unterschiedlichen Pensum gearbeitet und Überstunden geleistet hat. Die IV-Stelle errechnete auf diese Weise für ein Vollpensum ein Valideneinkommen von Fr. 46'301.67. Das kantonale Gericht legte demgegenüber seinem Einkommensvergleich den von der Arbeitgeberin für das Jahr 2003 gemeldeten Verdienst von Fr. 43'143.75 (13 x Fr. 3'318.75) als Validenlohn zugrunde, wozu es die Hauswartentschädigung von Fr. 2'784.- hinzurechnete, was den Betrag von Fr. 45'927.75 ergab.

6.2.3 Das Vorgehen des kantonalen Gerichts ist insofern bundesrechtlich nicht zu beanstanden, als es für den Einkommensvergleich den letzten vor dem Unfall effektiv erzielten Verdienst als Valideneinkommen verwendete. Stand doch die Versicherte im Zeitpunkt des Unfalls, der den Gesundheitsschaden verursachte, bei dieser Arbeitgeberin in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis. Nicht nachvollziehbar ist hingegen, weshalb das kantonale Gericht den Stundenzuschlag nicht einrechnete, dieser ist nämlich in den monatlichen Lohnabrechnungen ausgewiesen, wenn auch nur mit 2.55 % und nicht mit 3.8 %, wie die Beschwerdeführerin geltend macht. Ob das kantonale Gericht die Überstundenentschädigung in der Annahme nicht anrechnet, die Beschwerdeführerin wäre auch in Zukunft als Mutter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr in der Lage, Überstunden zu leisten, kann dem angefochtenen Entscheid nicht entnommen werden. Die Frage der Anrechnung der Überzeimentschädigung ist vielmehr überhaupt nicht thematisiert, obwohl - wie erwähnt - die Überstunden mit ein Grund dafür waren, dass die IV-Stelle zur Ermittlung des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne und nicht auf den zuletzt effektiv erzielten Verdienst abstellte. Wären aber Stundenzuschlag und Überentschädigung hinzuzurechnen, so könnte die sich daraus ergebende erhöhte Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen rentenwirksam werden. Unter diesen Umständen durfte das kantonale Gericht die Frage, ob es sich bei der Überzeimentschädigung und dem Lohnzuschlag um anrechenbare Bestandteile des Validenlohnes handelt, nicht ungeprüft bei Seite lassen. Der rechtserhebliche Sachverhalt ist insofern unvollständig festgestellt, was eine Verletzung von Bundesrecht bedeutet (Art. 95 lit. a BGG; Urteile 9C_53/2008 vom 18. Februar 2008 E. 1.3, 9C_40/2007 vom 31. Juli 2007 E. 1; Ulrich Meyer, in: Basler Kommentar zum Bundesgerichtsgesetz, 2008, N. 25, 36 und 59 zu Art. 105 BGG; Hansjörg Seiler, in: Kommentar zum Bundesgerichtsgesetz, 2007, N. 24 zu Art. 97 BGG).“

(sottolineature del redattore) In concreto la questione non è stata sufficientemente esaminata dall'UAI. Ritenuto che l'incarto deve essere rinviato all'amministrazione per ulteriori accertamenti medici, il rinvio si giustifica anche per quanto concerne la valutazione del reddito da valida e meglio per stabilire, dopo aver interpellato il datore di lavoro della ricorrente, se e in che misura i guadagni derivanti dalle ore supplementari devono essere presi in considerazione nel calcolo del reddito da valida tenuto conto della giurisprudenza federale sopra riportata (cfr. anche sentenza 8C_592/2010 del 19 ottobre 2010, consid. 4). Va qui invece rilevato che nel calcolo del reddito da invalida l'adeguamento del salario alle ore lavorate non va effettuato secondo le ore svolte dall'interessata nella sua attività (40, doc. AI 22-3), come chiesto dall'insorgente, bensì, trattandosi di un dato statistico, in funzione del numero di ore settimanali evinto dalle statistiche (cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, consid. 6.3), ossia, nel 2008, di 41,6 (cfr. tabella B9.2 della vie économique 9-2010 pag. 98). La questione della misura della riduzione del reddito da invalida, così come delle professioni ancora esigibili per la ricorrente non può invece ancora essere decisa in attesa dei nuovi accertamenti medici e salariali, ritenuto tuttavia che

spetterà anche in questo caso all'amministrazione, nell'ambito della motivazione della nuova decisione, prendere posizione anche su queste censure. Va poi evidenziato che nel nuovo calcolo che l'amministrazione dovrà effettuare il reddito da invalida stabilito secondo i dati statistici dovrà essere ridotto dapprima in base alla percentuale di esigibilità lavorativa stabilita dal medico, poi della percentuale stabilita per tener conto delle circostanze specifiche del caso concreto. È solo successivamente (e cioè al momento del calcolo complessivo) che si terrà conto della quota parte relativa all'attività salariata (cfr., tra le tante, sentenza 32.2009.200 del 7 luglio 2010). A questo proposito va rilevato che il rinvio non determina con certezza un peggioramento della posizione giuridica della ricorrente, giacché devono essere eseguiti ulteriori accertamenti medici e salariali. Per cui i principi validi nel caso di una reformatio in peius non trovano applicazione (cfr. sentenza 9C_373/2010, cfr. anche SVR 1995 AIV n. 27 pag. 67 consid. 3b; cfr. pure sentenza 9C_992/2008 del 6 gennaio 2009 consid. 2). Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso va accolto, nel senso che, annullata la decisione impugnata, l'incarto è rinviato all'amministrazione per l'allestimento di una nuova perizia psichiatrica e per gli ulteriori necessari accertamenti descritti in precedenza.

E. 9

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. 200.-- sono poste a carico dell'UAI, il quale verserà indennità ripetibili ammontanti a fr. 1'500.-- all'interessata, rappresentata da un legale.

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