

## **TI\_GERICHTE 32.2010.213 vom 17. Juni 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-06-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.213](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.213)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.213 du 17 juin 2010

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.213 del 17 giugno 2010

### **Regeste**

Atti rinviati a UAI affinché approfondisca evoluzione della patologia psichiatrica e influsso sulla CL dell'assicurata; determini le limitazioni in ambito domestico e se le riduzioni di capacità in ambito professionale e casalingo siano influenzate da maggiori sforzi compiuti nell'altro settore

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

Abs. 1 IVG ist (vgl. Urteil I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 4.2.1). Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann ( BGE 121 V 264 E. 6b/cc S. 274; 105 V 156 E. 2c/d S. 160 f.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, S. 236 f.)." Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI). Vi è interruzione notevole del termine di 360 giorni ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007) allorché l'assicurato è interamente abile e presenta, durante almeno 30 giorni consecutivi, una capacità al lavoro economicamente utilizzabile, senza riguardo alla sua remunerazione (RCC 1969 p. 571). Il periodo di 360 giorni non è per contro interrotto se il tentativo di ripresa del lavoro - essendo provatamente al di sopra delle forze dell'assicurato - è fallito, anche se esso è durato più di 30 giorni (RCC 1964 p. 168). 2.7. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA 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 del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del

lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.8. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia cardiologica (dr. \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). Il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, nel suo referto peritale del 2 giugno 2008, ha posto le diagnosi di "sindrome lombospondilogenica cronica su stato dopo piccola ernia discale L4/L5 senza neurocompressione (rapporto TAC 3.12.96), lieve sovraccarico dell'articolazione sacroiliaca sinistra e delle articolazioni intervertebrali L5/S1 ddp, lieve diminuzione della mobilità; instabilità anteriore del ginocchio sinistro su rottura subtotale del legamento crociato anteriore dopo trauma distorsivo il 29.1.2003, stato dopo meniscectomia mediale parziale il 24.07.2007, incipiente gonartrosi a predominanza mediale; sindrome cervicospondilogenica cronica; stato dopo frattura della clavicola destra trattata con osteosintesi il 15.03.2000" (doc. 61-42). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'assicurata abile al lavoro a tempo pieno, con una riduzione del rendimento del 20%, nella sua professione di fisioterapista (doc. 61-43). Lo specialista ha rilevato di non avere evidenziato cambiamenti di rilievo dopo il trauma distorsivo del 29 gennaio 2003 e la relativa convalescenza, aggiungendo che "non sono da prevedere cambiamenti almeno a medio termine" (doc. 61-43). A proposito della possibilità, per l'interessata, di svolgere altre attività lavorative, il dr. \_\_\_\_\_ ha risposto che "dal punto di vista reumatologico teorico l'assicurata può svolgere attività leggere a mediamente pesanti, che permettano il rispetto delle regole di ergonomia della schiena, permettano una certa varietà di posizione (evitino posizioni statiche prolungate), evitino movimenti ripetitivi di flessione/estensione delle ginocchia in carico, importanti rotazioni del bacino e del tronco in carico che possano in tal modo sollecitare le ginocchia e traumi assiali alle ginocchia. Una tale attività può essere svolta a tempo pieno e con un rendimento in linea di massima normale, che può arrivare fino a una riduzione del 20% se i criteri enumerati possono essere rispettati solo parzialmente" (doc. 61-44). Quanto all'attività casalinga, il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato che l'assicurata possa svolgerla senza alcuna limitazione (doc. 61-45). L'aspetto neurologico è stato vagliato dal dr.

\_\_\_\_\_ , spec. FMH in neurologia, il quale, nel suo rapporto peritale del 5 giugno 2008, poste le diagnosi di “episodi sincopali non imputabili a patologia neurologica primaria, in particolare non vi sono elementi per un’epilessia; sindrome lombovertebrale”, ha considerato l’assicurata, dal punto di vista strettamente neurologico, pienamente abile al lavoro sia nella sua professione, sia in altre attività (doc. 61-48). L’aspetto cardiologico è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_ , spec. FMH in cardiologia, il quale, nel suo rapporto peritale del 13 giugno 2008, poste le diagnosi di “sincopi e lipotimie di verosimile origine vasovagale”, ha considerato l’assicurata pienamente abile al lavoro sia come fisioterapista, sia come casalinga (doc. 61/52-53). Lo specialista ha ritenuto l’assicurata abile al 100% anche in altre attività, con impegno fisico da leggero a moderato, considerando per contro l’interessata “non idonea allo svolgimento di attività professionali con impegno fisico pesante e ripetuto in quanto l’anamnesi evoca delle lipotimie e sincopi post-sforzo come pure attività pericolose per se stessa e per gli altri o guida professionale” (doc. 61-53). Infine, l’aspetto psichiatrico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_ , spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto peritale del 10 giugno 2008, dopo avere illustrato i dati anamnestici e lo status psichico, ha posto la diagnosi di “sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD10-F33.0)” (doc. 61-36). A proposito della capacità lavorativa, lo specialista ha indicato che l’evoluzione del quadro clinico complessivo ha avuto un andamento fluttuante, ritenendo di poter considerare l’assicurata, nella sua attività di fisioterapista, inabile al lavoro nella misura del 40% dal mese di agosto del 2004 e poi, a decorrere dal mese di settembre 2007, nella misura del 50%, a seguito di un peggioramento. Il dr. \_\_\_\_\_ ha invece ritenuto l’assicurata inabile al lavoro nella misura del 20% nello svolgimento di altre attività (doc. 61-37). A tale riguardo, il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che “teoricamente se dovesse svolgere un’attività intellettuale in cui non debba occuparsi della cura di altre persone, in modo tale che le venga tolta la responsabilità in prima persona di dover guarire o risolvere problematiche altrui, la sua incapacità lavorativa sarebbe del 20%” (doc. 61-38). Il dr. \_\_\_\_\_ ha infine considerato l’assicurata inabile al lavoro nella misura del 40% come casalinga, “in quanto vissuta con una dimensione psicologica simile alla sua attività professionale, per cui il dover lavorare in casa diventa per lei una fonte di esauribilità psicofisica” (doc. 61-38). Il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato che le limitazioni funzionali dell’assicurata siano causate dalla “facile esauribilità, la stanchezza mentale e la quota d’angoscia che presenta e che alimenta una serie di pensieri negativi (sensazione di insicurezza e d’impotenza) e provoca una diminuzione delle funzioni cognitive che poi la rendono lenta, insicura, con una minore precisione e con un minore rendimento lavorativo” (doc. 61-37). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 27 agosto 2008, i medici del SAM hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “1. sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD10-F33.0); 2. sindrome lombospondilogenica cronica con/su stato dopo piccola ernia discale L4/L5 senza neurocompressione (rapporto TAC 3.12.96); lieve sovraccarico dell’articolazione sacroiliaca sinistra e delle articolazioni intervertebrali L5/S1 ddp; lieve diminuzione della mobilità; 3. instabilità anteriore del ginocchio sinistro su rottura subtotale del legamento crociato anteriore dopo trauma distorsivo il 29.01.2003, stato dopo meniscectomia mediale parziale il 24.07.2007, incipiente gonartrosi a predominanza mediale; 4. sindrome cervicospondilogenica cronica; 5. sincopi e lipotimie di verosimile origine vasovagale, non imputabili a patologia neurologica primaria, in particolare non elementi per un’epilessia”, mentre quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa hanno posto quella di “stato dopo frattura della clavicola destra trattata con osteosintesi il 15.03.2000” (doc. 61-22).

Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno considerato l'assicurata inabile al lavoro nella misura del 50% quale fisioterapista (doc. 61-30); inabile al lavoro nella misura del 20% nello svolgimento di attività adatte, rispettose dei suoi limiti funzionali e inabile al lavoro al 40% come casalinga (doc. 61-31). Quanto all'evoluzione dell'incapacità lavorativa, essi hanno indicato che "la patologia psichiatrica riduce la capacità lavorativa dell'assicurata nella misura del 40% dall'agosto 2004 in avanti. Nel settembre 2007 si è assistito a un peggioramento, con un'incapacità lavorativa del 50% nell'attività di fisioterapista. Come casalinga va ritenuta inabile al lavoro nella misura del 40% in quanto l'attività di casalinga esacerba i sentimenti di rabbia, frustrazione e di depressione nell'assicurata. Vanno riconosciute le incapacità lavorative al 100% durante i periodi di degenza presso le Cliniche psichiatriche dal 6 al 10 agosto 2002, da agosto a settembre 2004 (date non precise non avendo ottenuto i documenti) e dal 6 al 21 aprile 2006" (doc. 61-31). I medici del SAM hanno puntualizzato che "predominante appare la patologia psichiatrica, caratterizzata da una sindrome depressiva ricorrente, attualmente episodio di media gravità, che influenza la capacità lavorativa dell'assicurata a causa della facile esauribilità, stanchezza mentale, quota di angoscia, che alimenta pensieri negativi che provocano una diminuzione delle funzioni cognitive, rendendo l'assicurata lenta, insicura, con minor precisione e minor rendimento lavorativo. Questo stato di cose è soprattutto alimentato nell'attività di fisioterapista e di casalinga, dove sentimenti di rabbia e depressione vengono alimentati, così come la frustrazione, da un vissuto d'abbandono" (doc. 61-30). I medici del SAM hanno giudicato che l'inabilità lavorativa causata dalla patologia psichiatrica e quella derivante dalle patologie reumatologiche non vadano sommate, "in quanto entrambe le patologie considerano una diminuzione del rendimento in considerazione dell'affaticabilità e della lentezza nello svolgimento del lavoro, considerate entrambe dal punto di vista reumatologico e psichiatrico" (doc. 61-31). Con scritto del 10 settembre 2008, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina generale (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), ha chiesto ai medici del SAM le seguenti precisazioni: " (...) - l'attività abituale di fisioterapista può essere svolta al 50%. Si tratta di orario ridotto o di rendimento ridotto, ossia l'assicurata è in grado di lavorare mezza giornata con rendimento normale occupandosi poi delle mansioni di casalinga? - Stesso discorso vale per l'attività adatta al danno alla salute. Questa può essere svolta con un rendimento normale rispettivamente rendimento diminuito del 20%? - Come si ripercuote l'impedimento psichiatrico del 40% sulle mansioni di casalinga, ossia in che modo sono colpite le seguenti mansioni principali di casalinga che sono: o conduzione dell'economia domestica o alimentazione (cucinare, riordino, ecc.) o pulizia dell'appartamento o spesa e acquisti diversi o bucato (lavare, stendere, stirare) o cura dei figli o giardinaggio." (Doc. 64-1) Con risposta del 10 febbraio 2009, i medici del SAM si sono così espressi: " In riferimento alla lettera del 10 settembre 2008 ed al fine di poter rispondere esaustivamente agli ulteriori quesiti posti in merito alla perizia della signora RI 1, abbiamo sottoposto il caso al nostro consulente dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria. Il dr. \_\_\_\_\_ ritiene che l'assicurata, in qualità di fisioterapista, potrebbe lavorare 21 ore settimanali, mentre come casalinga 25 ore settimanali, con rendimento pieno. Le mansioni di casalinga maggiormente colpite sono quelle che coinvolgono uno sforzo fisico come il giardinaggio, stirare, stendere, pulizia approfondita, carico delle borse della spesa, ecc., mentre quelle meno compromesse risultano cucinare, riordinare, conduzione economia domestica e la cura dei figli. Il nostro consulente fa notare come, da un punto di vista teorico, sia in qualità di fisioterapista, sia

come casalinga, la riduzione della capacità lavorativa comporta solo una diminuzione degli orari di permanenza e non una diminuzione del rendimento. La valutazione della capacità lavorativa va considerata come una misura teorica della capacità dell'assicurata a svolgere le attività, ma vanno considerate separatamente; l'assicurata potrebbe lavorare come fisioterapista al 50% e come casalinga al 60%. Queste valutazioni vanno considerate separatamente come delle misure globali della sua capacità lavorativa e non può svolgere nessun ulteriore lavoro oltre a quello di fisioterapista oppure casalinga. In un'attività lavorativa medico teorica adatta l'assicurata potrebbe lavorare nella misura dell'80%, cioè potrebbe lavorare 34 ore settimanali senza alcuna riduzione del rendimento." (Doc. 69/1-2) Questa risposta fornita dai medici del SAM al SMR si basa sullo scritto dell'8 ottobre 2008 del dr. \_\_\_\_\_, del seguente tenore: " In data 10.09.2008 il collega dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha posto delle domande di precisazione riguardante l'assicurata summenzionata. Pertanto ti rispondo quanto segue: Quando ho fatto riferimento alla riduzione nella misura del 50% della capacità lavorativa come fisioterapista e del 40% come casalinga ho considerato che è soprattutto lo sforzo fisico che svolge in dette attività ad avere un ruolo determinante nella diminuzione della sua capacità lavorativa. Nella sua professione come fisioterapista invece, siccome si tratta di una attività in cui l'impegno fisico è accompagnato da una attitudine di cura ad altre persone, e quindi si riscontra una maggiore esposizione al confronto diretto con le persone bisognose, e alla responsabilità sociale che implica la sua professione, la percentuale di incapacità lavorativa è maggiore, in quanto sono questi ultimi fattori, che giocano un ruolo psicologico nell'assicurata, ad incidere maggiormente sul suo vissuto e quindi sulla sua capacità lavorativa. Da un punto di vista teorico in entrambi i casi (ossia come fisioterapista e come casalinga) la riduzione della capacità lavorativa comporta solo una diminuzione degli orari di permanenza e non una diminuzione del rendimento. Come fisioterapista potrebbe lavorare 21 ore alla settimana, e come casalinga potrebbe lavorare 25 ore alla settimana con un rendimento pieno. Le mansioni più colpite come casalinga sono quelle in cui vede implicato maggiormente lo sforzo fisico, ossia: giardinaggio, stirare, stendere, pulizia approfondita e carico delle borse delle spese. Il resto: cucinare, riordino, conduzione dell'economia domestica e cura dei figli sono meno compromesse. La mia valutazione della capacità lavorativa è da essere considerata come una misura teorica della capacità della persona ad eseguire le attività, ma considerate separatamente. Ossia che l'assicurata se lavorasse come fisioterapista al 50% o come casalinga al 60%, sta a lei scegliere, sono da essere considerate separatamente come delle misure globali della sua capacità lavorativa e non posso chiederle di eseguire nessun altro lavoro ulteriore oltre a quello (ossia come fisioterapista, oppure come casalinga). Nel caso di attività medico teorica adatta, l'assicurata potrebbe lavorare 34 ore alla settimana, senza alcuna riduzione del rendimento." (Doc. 69/3-4) Nelle sue annotazioni del 12 febbraio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha quindi osservato: " Assicurata fisioterapista/casalinga Inchiesta casalinghe del 1.3.2007: viene riconosciuto un impedimento del 51% per il periodo da 8.2004 a estate 2006, in occasione dell'inchiesta del 8.3.2007 non viene riscontrato nessun impedimento SAM 6.2008 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD10-F33.0) sindrome lombospondilogenica cronica con/su: - stato dopo piccola ernia discale L4/L5 senza neuro compressione (rapporto TAC 3.12.96); - lieve sovraccarico dell'articolazione sacroiliaca sinistra e delle articolazioni intervertebrali L5/S1 ddp; - lieve diminuzione della mobilità instabilità anteriore del ginocchio sinistro su rottura subtotale del legamento crociato anteriore dopo trauma distorsivo il 29.01.2003, stato dopo meniscectomia mediale parziale

il 24.07.2007, incipiente gonartrosi a predominanza mediale sindrome cervicospondilogenica cronica sincopi e lipotimie di verosimile origine vasovagale, non imputabili a patologia neurologica primaria, in particolare non elementi per un'epilessia Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: stato dopo frattura della clavicola destra trattata con osteosintesi il 15.03.2000 Valutazione psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_) Impedimento dal lato psi 50% (orario ridotto) Andamento fluttuante con IL del 40% da 8.2004, da 9.2007 IL 50%, IL del 20% in altre attività dove non deve occuparsi di altre persone Valutazione reumatologica (dr. \_\_\_\_\_) IL 20% quale fisioterapista (rendimento ridotto), attività adatta esigibile anche a tempo pieno (vedi foglio funzionalità) Valutazione neurologica (dr. \_\_\_\_\_): assenza di impedimento Valutazione cardiologica (dr. \_\_\_\_\_): assenza di limitazione quale fisioterapista Conclusioni SAM: Inizio IL di lunga durata 8.2004 Quale fisioterapista IL 40% da 8.2004 IL 50% da 9.2007 Impedimento quale casalinga valutato in un 40% dato che queste attività esacerbano i sentimenti di rabbia e di frustrazione Attività adatta esigibile all'80% (non dover occuparsi di altre persone, attività leggera rispettosa dei limiti funzionali reumatologici, orario ridotto) Richiesta di precisazioni al SAM, vedi risposta del 10.2.2009: - assicurata in grado di lavorare 21 ore la settimana quale fisioterapista - pure l'attività adatta risulta esigibile con orario ridotto - anche se l'attività di casalinga risulta esigibile in larga misura la capacità in quella mansione soffrirà se l'assicurata ha già lavorato p. es. 4 ore quale fisioterapista in quel giorno, quindi bisognerà tener conto del carico globale in occasione della nuova inchiesta casalinghe, inchiesta in ogni caso indicata." (Doc. 70/1-2) A seguito delle contestazioni sollevate dal patrocinatore dell'assicurata contro il progetto di decisione dell'UAI che negava all'interessata il diritto ad una rendita di invalidità, avvalorate da uno scritto della psichiatra curante (cfr. doc. 89/1-5), nelle annotazioni del 19 ottobre 2009 il dr. \_\_\_\_\_ del SMR e la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR, hanno osservato: " L'attuale certificato della dr.ssa \_\_\_\_\_ indica una stazionarietà della problematica psichica e conferma una valutazione valetudinaria espressa dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ già in precedenza e nota al perito SAM. In considerazione però del tempo trascorso dalla valutazione peritale psichiatrica (6.2008) risulta indicata una rivalutazione peritale psichiatrica tramite il centro peritale per definire l'evoluzione da 6.2008." (Doc. 91-1) L'UAI ha quindi affidato al Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali (CPAS) l'incarico di eseguire una perizia specialistica. Nel rapporto peritale del 1° marzo 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di "sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10-F33.1) (doc. 100-11). Nella propria valutazione, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha sottolineato che "per valutare la capacità lavorativa di questa assicurata, più dello status psichico osservato in sede del colloquio peritale – che essendo una "Momentaufnahme" può variare da momento a momento – vada considerato il decorso globale della malattia, nonché gli sforzi non indifferenti fatti dall'assicurata per mantenere almeno un minimo di attività lavorativa. I suoi diversi tentativi di ripresa del lavoro, nonché il cercare alternative d'occupazione dimostrano per lo meno che l'assicurata non si è "arresa" alla malattia aspettando di ricevere una rendita, ma si è veramente adoperata per ridurre il danno al minimo" (doc. 100-12). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato di non potere condividere la valutazione espressa dal dr. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto peritale del 10 giugno 2008 nell'ambito della perizia SAM a proposito di una capacità lavorativa del 50% dell'assicurata quale fisioterapista, argomentando che "anche se considerando lo status psichico all'occasione dei due colloqui peritali (dal dr. \_\_\_\_\_ il 27.05.2008 e l'attuale

il 23.11.2009) non si giustificerebbe un'incapacità lavorativa superiore al 50%, osservando il decorso degli ultimi anni risulta evidente come l'assicurata non sarebbe assolutamente in grado di sopportare un simile pensum di lavoro come fisioterapista. Dal punto di vista puramente teorico ella sarebbe forse in grado di gestire 1-2 pazienti al giorno, il che significherebbe una capacità lavorativa non superiore al 15%-20% come fisioterapista. Bisogna inoltre considerare che nelle fasi depressive acute, che dal 1999 si presentano regolarmente una volta all'anno e durano diversi mesi, ella sarebbe totalmente inabile al lavoro, fatto che riduce ulteriormente la capacità lavorativa globale" (doc. 100-13). La dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato che l'assicurata, dopo avere constatato di non essere più in grado di esercitare la sua professione, ha cercato e trovato delle alternative, iniziando a lavorare con persone sane, dando corsi di ginnastica di gruppo e Nordic Walking e lavorando come volontaria presso la \_\_\_\_\_. Ciononostante, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha evidenziato che l'interessata presenta "un'importante diminuzione del rendimento data da un lato dalle fasi depressive acute e dall'altro dal fatto che, anche tra le fasi acute, raramente raggiunge uno stato di completa remissione. Permangono infatti una facile esauribilità, un'aumentata affaticabilità, apatia e anedonia (vedasi rapporti della psichiatra curante), che influenzano negativamente la capacità lavorativa. Anni fa' l'assicurata teneva più ore di ginnastica di gruppo, ma ha dovuto diminuire in quanto il carico era troppo pesante. Anche tutt'ora non sempre riesce ad andare al lavoro e si fa sostituire da una collega. In quest'attività più consona al suo stato di salute, l'assicurata presenta una capacità lavorativa più elevata che nella sua professione, ma a causa dei frequenti stati depressivi acuti e dei sintomi residui descritti sopra anche in questo caso non superiore al 20%-30%" (doc. 100-13). In conclusione, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha quindi giudicato l'assicurata inabile al lavoro nella misura dell'80%-85% nella sua professione di fisioterapista, indicando che "ciò significa che potrebbe svolgere la sua professione per circa 1 ½ ora al giorno e ciò senza diminuzione del rendimento" (doc. 100-14). A proposito dell'evoluzione della limitazione della capacità lavorativa, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha indicato le seguenti percentuali di incapacità lavorativa: "100% dal 17 agosto 2004 al 16 ottobre 2004; 80% dal 17 ottobre 2004 al 13 dicembre 2004; 50% dal 13 dicembre 2004 al

### **E. 31**

gennaio 2005; 80% dal 1° febbraio 2005 al 15 novembre 2005 e 80%-90% dal 15 novembre 2005" (doc. 100-14). Quanto alla possibilità per l'assicurata di svolgere altre attività lavorative, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha osservato che "l'assicurata dispone di una buona intelligenza, di una buona formazione e di una grande perseveranza, come dimostra il fatto che dopo le fasi di malattia ha sempre ricominciato a lavorare e quando non è più stata in grado di continuare ha cambiato attività. Sicuramente sarebbe in grado di svolgere un'altra attività lavorativa, parzialmente lo sta già facendo – tiene corsi di ginnastica e Nordic Walking e lavora 2 pomeriggi al mese alla \_\_\_\_\_ – ma a causa del decorso altalenante della malattia con frequenti ricadute la capacità lavorativa globale non sarebbe maggiore. Inoltre bisogna calcolare il maggiore stress che una nuova attività e/o una nuova formazione comporta, cosa che a sua volta eleva il rischio di ricadute depressive" (doc. 100-15). Nel rapporto medico del 23 marzo 2010, il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR, posta la diagnosi principale di "sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale medio (ICD10-F33.1)" e, quali ulteriori diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, quelle di "sindrome lombospondilogenica cronica con/su stato dopo piccola ernia discale L4/L5 senza neurocompressione (rapporto TAC 3.12.96), lieve sovraccarico dell'articolazione sacroiliaca sinistra e delle articolazioni intervertebrali L5/S1 ddp, lieve

diminuzione della mobilità; instabilità anteriore ginocchio sinistro su rottura subtotale del legamento crociato anteriore dopo trauma distorsivo il 29.01.2003 in stato dopo meniscectomia mediale parziale il 24.07.2007, incipiente gonartrosi a predominanza mediale; sindrome cervicospondilogenica cronica; sincopi e lipotimie di verosimile origine vasovagale, non imputabili a patologia neurologica primaria, in particolare non elementi per un'epilessia", hanno considerato l'assicurata, nella sua professione di fisioterapista, inabile al lavoro al 40% da agosto 2004; inabile al lavoro al 50% da settembre 2007 e infine inabile al lavoro all'80% da giugno 2008 (doc. 101-2), aggiungendo che "secondo la valutazione peritale psichiatrica attuale altre attività non sono attuabili in misura maggiore" (doc. 101-2). A seguito delle critiche sollevate in sede ricorsuale dal rappresentante dell'assicurata contro la decisione dell'UAI di accordare, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle sue annotazioni del 17 agosto 2010, ha osservato: " La perizia CPAS è stata predisposta per valutare l'evoluzione della patologia psichiatrica rispetto alla precedente valutazione. Non vi sono elementi oggettivi che permettano di ritenere non valida la valutazione precedente del dr. \_\_\_\_\_ le cui conclusioni rimangono quindi valide." (Doc. IV/bis) 2.9. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che

il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels ( ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise ( ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato

che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). 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 premorboso, 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 psicosociale 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.10. Al fine di stabilire il grado d’invalidità, l’Ufficio AI, applicando il metodo misto, ha valutato al 65% la parte dedicata all’attività salariata e al 35% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione deve essere confermata. La stessa si fonda sulle dichiarazioni fornite dall’assicurata stessa nello scritto dell’11 marzo 2006 in risposta ai quesiti dell’UAI (doc. 6-1), sulla valutazione del consulente IP del 21 marzo 2007 (doc. 32-2) ed è stata confermata dalla ricorrente durante la valutazione peritale del SAM del 27 agosto 2008 (doc. 61-14) e dal suo rappresentante legale (cfr. doc. I). 2.11. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione impugnata, non può considerare corretto il giudizio del SMR di fondarsi, fino al mese di giugno 2008, sulla valutazione eseguita dal SAM nella perizia pluridisciplinare del 27 agosto 2008 – ivi compresa la valutazione psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_ - e, per il periodo successivo, quanto all’aspetto psichiatrico, sull’apprezzamento espresso dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nell’ambito della perizia CPAS. Se da una parte, infatti, il TCA non ha motivo di distanziarsi dalle approfondite e ben motivate valutazioni peritali dei medici del SAM quanto all’aspetto reumatologico vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, all’aspetto neurologico approfondito dal dr. \_\_\_\_\_ e a quello cardiologico analizzato dal dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 61/26-30) – che, del resto, nemmeno sono state contestate dall’assicurata in sede ricorsuale – d’altra parte, questo Tribunale non può concordare con l’amministrazione quanto all’apprezzamento delle patologie psichiatriche e all’influsso che le stesse hanno sulla capacità lavorativa residua dell’assicurata. Nonostante quanto indicato dal dr. \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR nelle annotazioni del 17 agosto 2010 a proposito del fatto che la valutazione del CPAS è stata predisposta unicamente per valutare

l'evoluzione della patologia psichiatrica dell'interessata rispetto alla precedente valutazione del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. IV/bis), questo Tribunale non può che rilevare che, come correttamente indicato dal patrocinatore dell'assicurata (cfr. doc. I e doc. VI), la dr.ssa \_\_\_\_\_ si è apertamente discostata dalla precedente valutazione psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_, fornendo una spiegazione delle ragioni che l'hanno portata a giudicare diversamente le problematiche psichiatriche dell'interessata e l'influsso che le stesse hanno sulla sua capacità lavorativa residua. La specialista non si è quindi limitata a giudicare l'evoluzione della patologia dell'assicurata nel periodo successivo all'apprezzamento del dr. \_\_\_\_\_, ma ha fornito una valutazione complessiva dei disturbi dell'interessata, tenendo conto del decorso globale della malattia e degli sforzi non indifferenti profusi dall'assicurata per cercare di mantenere almeno un minimo di attività lavorativa. Non a caso la dr.ssa \_\_\_\_\_ si è espressa anche a proposito dell'evoluzione della limitazione della capacità lavorativa dell'interessata, indicando le seguenti percentuali di incapacità lavorativa: "100% dal 17 agosto 2004 al 16 ottobre 2004; 80% dal 17 ottobre 2004 al 13 dicembre 2004; 50% dal 13 dicembre 2004 al 31 gennaio 2005; 80% dal 1° febbraio 2005 al 15 novembre 2005 e 80%-90% dal 15 novembre 2005" (doc. 100-14). Alla luce di queste chiare e motivate indicazioni fornite dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, il TCA ritiene corretto l'operato dell'amministrazione che ha ritenuto valida fino al mese di giugno 2008 la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ e, dopo tale periodo, quella della dr.ssa \_\_\_\_\_. Avendo considerato pienamente probante la valutazione peritale psichiatrica della dr.ssa \_\_\_\_\_ con riferimento al periodo successivo al consulto peritale del dr. \_\_\_\_\_, l'UAI avrebbe dovuto, di conseguenza, prendere atto anche delle critiche, motivate, mosse dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ riguardo alle conclusioni alle quali era pervenuto in precedenza il dr. \_\_\_\_\_ e attivarsi al fine di chiarire la questione, interpellando direttamente il dr. \_\_\_\_\_ e invitandolo ad esprimersi in merito. L'UAI avrebbe poi dovuto valutare con attenzione la risposta del dr. \_\_\_\_\_, se del caso chiedendo pure delle precisazioni alla dr.ssa \_\_\_\_\_. Nel caso in cui le precisazioni del dr. \_\_\_\_\_ non fossero poi state giudicate soddisfacenti, l'UAI non avrebbe potuto fare altro che ritenere l'assicurata inabile al lavoro fin dal 17 agosto 2004, secondo le percentuali indicate dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel suo referto peritale del 1° marzo 2010, considerato dall'amministrazione stessa pienamente probante, seppure solo a partire dal mese di giugno 2008 (cfr., al riguardo, STCA 32.2010.15 del 13 dicembre 2010). Già solo per questo aspetto gli atti vanno quindi rinviati all'amministrazione affinché, dopo avere interpellato il dr. \_\_\_\_\_ a proposito delle critiche espresse dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel referto peritale del 1° marzo 2010, determini con precisione l'evoluzione dell'incapacità lavorativa dell'interessata con riferimento all'aspetto professionale e proceda, quindi, ad una nuova determinazione del grado di invalidità. 2.12. Il rinvio degli atti all'amministrazione si giustifica pure con riferimento alla valutazione della capacità dell'assicurata quale casalinga. Nella decisione impugnata, infatti, l'Ufficio AI ha determinato le limitazioni dell'assicurata nell'adempimento delle mansioni domestiche facendo capo, per il periodo compreso fra il 1° agosto 2004 e il 31 maggio 2008, alle indicazioni fornite in sede di perizia SAM dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 10 giugno 2008 – nel quale ha posto una limitazione del 40% (doc. 61-38) - mentre per il periodo successivo, a partire dal 1° giugno 2008, rifacendosi alla percentuale espressa dall'assistente sociale nell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica esperita in data 10 marzo 2009 – dalla quale è emersa una limitazione complessiva del 51.5% (cfr. doc. 74-6). L'UAI ha giustificato la scelta di basarsi sulle risultanze dell'inchiesta economica per il periodo a partire dal mese di giugno

2008 e su quanto appurato dal perito psichiatra per il periodo precedente (dal 1° agosto 2004 al 31 maggio 2008), indicando che “secondo la cifra marginale 2019 della Circolare sull’invalidità (CIGI) il calcolo del periodo di attesa delle persone attive nell’economia domestica si basa unicamente sull’incapacità al lavoro accertata da un medico e verificata da un SMR e non su quella constatata durante l’inchiesta sul posto. È per questo motivo che nel calcolo della media retrospettiva è stata presa in considerazione la percentuale di inabilità nelle mansioni domestiche del 40% (accertata dal Servizio medico regionale in seguito alla perizia SAM) e non quella del 51.5% (appurata dall’assistente sociale nell’inchiesta economica)”. Questa soluzione non può essere condivisa dal TCA. Ora, è vero che, nel caso di specie, essendo l’assicurata affetta soprattutto da disturbi di natura psichiatrica, la valutazione dei suoi impedimenti nello svolgimento delle attività domestiche doveva indubbiamente essere effettuata non solo tramite un’inchiesta economica, ma anche richiedendo una presa di posizione specifica ad un medico specialista del settore. A tale proposito, va infatti ricordato che l’Alta Corte ha precisato che si deve far capo ad un medico, affinché si esprima sull’ammissibilità delle diverse mansioni, solo in casi eccezionali e meglio se le indicazioni dell’assicurata appaiono inverosimili e in contrasto con gli accertamenti medici (AHI-Praxis 2001 p. 161 consid. 3c; STFA del 2 febbraio 1999 nella causa M.J.V. e del 17 luglio 1990 nella causa W.), ritenuto 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 (STFA I 681/02 dell’11 agosto 2003 e STFA I 685/02 del 28 febbraio 2003). A tale riguardo, il Tribunale federale, in una sentenza I 311/03 del 22 dicembre 2003, ha precisato che quando si è in presenza di disturbi di natura psichiatrica, se vi è divergenza tra i risultati dell’inchiesta economica e le constatazioni di ordine medico quanto alla possibilità per un’assicurata di svolgere le mansioni domestiche, queste ultime hanno, di regola, un peso maggiore rispetto agli esiti dell’inchiesta a domicilio, a condizione tuttavia che la valutazione medica abbia un valore probatorio conforme ai principi giurisprudenziali. L’Alta Corte ha infatti indicato: " (...) 4. Pour évaluer l’invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l’administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l’empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au supplément 1 à la Circulaire concernant l’invalidité et l’impotence de l’assurance-invalidité établie par l’OFAS (CIIAI; spécialement ch. 3095), dans sa teneur - valable en l’occurrence ( ATF 121 V 366 consid. 1b) - en vigueur depuis le 1er janvier 2001. Alors que les anciennes directives concernant l’invalidité et l’impotence de l’OFAS (DII), en vigueur depuis le 1er janvier 1985, indiquaient des taux fixes pour chaque domaine d’activité, la nouvelle circulaire mentionne des taux minimum et maximum, dans le cadre desquels la part respective de chaque domaine doit être fixée. Comme la Cour de céans l’a jugé à plusieurs reprises en ce qui concerne les anciennes directives (RCC 1986 p. 248 consid. 2d; arrêts F. du 6 mai 2002, I 526/01, et G. du 9 avril 2001, I 654/00; arrêts non publiés C. du 22 août 2000, I 102/00 et H. du 15 novembre 1999, I 331/99), la conformité aux articles 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI de cette pratique administrative doit être admise (arrêt S. du 4 septembre 2001, I 175/01). 5. 5.1 Pour fixer l’empêchement de l’intimée dans ses travaux habituels, l’office recourant s’est fondé sur le rapport d’enquête économique sur le ménage du 27 juin 2001. Après avoir interrogé l’assurée en présence de son mari, la personne chargée de l’enquête a constaté que l’état de l’intéressée s’était amélioré progressivement depuis le mois de juin 2000 : alors qu’auparavant son mari et sa mère avaient entièrement assumé les tâches du

ménage, l'assurée avait peu à peu repris ces tâches en les répartissant mieux dans le temps. A l'issue de cette enquête, l'administration avait conclu à un empêchement global de 20,8 %. Se référant à deux arrêts du Tribunal fédéral des assurances (VSI 2001 p. 155 [p. 159 consid. 3d] et arrêt F. du 6 mai 2002, I 526/01), la juridiction cantonale a considéré qu'une enquête sur les activités ménagères n'avait pas de valeur probante, dans la mesure où l'invalidité alléguée était due à des troubles d'ordre psychique. Aussi, le tribunal a-t-il demandé au docteur C. \_\_\_\_\_ de se prononcer sur l'empêchement dans chacune des activités habituelles faisant l'objet du rapport d'enquête économique sur le ménage. Le médecin prénommé a indiqué que l'assurée ne pouvait accomplir les tâches liées à la conduite du ménage, à l'alimentation, à l'entretien du logement, à la lessive et à l'entretien des vêtements qu'avec l'aide de son mari (lettre du 23 octobre 2002). Invité à indiquer le taux d'empêchement dans chacune des activités en question, le docteur C. \_\_\_\_\_ a attesté que dans la mesure où l'assurée ne pouvait effectuer aucune de ces tâches sans l'aide de son mari, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels était de 100 % (lettre du 29 novembre 2002). C'est pourquoi la juridiction cantonale s'est ralliée à cette appréciation dans le jugement attaqué. Dans ses déterminations sur le recours, l'OFAS est d'avis que la jurisprudence invoquée par la juridiction cantonale ne permet pas de faire complètement abstraction des déclarations de l'assurée à la personne chargée de l'enquête économique sur le ménage, d'autant qu'en l'occurrence, les attestations du docteur C. \_\_\_\_\_ sont trop vagues et incomplètes pour avoir valeur probante.

5.2 Dans un arrêt non publié C. du 9 novembre 1987, I 277/87, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que l'enquête économique sur le ménage est surtout destinée à évaluer l'invalidité découlant d'une atteinte à la santé physique. En revanche, en présence de troubles d'ordre psychique, une telle enquête est moins appropriée à l'évaluation de l'invalidité. Aussi, les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels ont-elles plus de poids que l'enquête à domicile. Dans son arrêt du 26 octobre 2000 (VSI 2001 p. 155), le Tribunal fédéral des assurances a conféré un rôle encore plus déterminant aux constatations médicales. Il a en effet considéré qu'en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage (p. 159 consid. 3d). Cette jurisprudence a été reprise depuis lors (arrêts F. du 6 mai 2002, I 526/01, B. du 4 février 2003, I 726/02, S.-P. du 28 février 2003, I 685/02, P. du 14 août 2003, I 497/02 et P.-G. du 15 septembre 2003, I 407/03).

5.3 Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). Cela étant, on ne saurait confirmer la pratique aux termes de laquelle, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés

travaillant dans le ménage. Il faut bien plutôt s'en tenir à la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt non publié du 9 novembre 1987 dans la cause C., I 277/87, et la préciser, en ce sens qu'en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. 6. A l'issue de son enquête économique, l'administration a fixé à 20,8 % l'empêchement global dans les activités habituelles (rapport du 27 juin 2001). De son côté, le docteur C. \_\_\_\_\_, dans un premier temps, a indiqué à la juridiction cantonale que l'assurée ne pouvait accomplir les tâches liées à la conduite du ménage, à l'alimentation, à l'entretien du logement, à la lessive et à l'entretien des vêtements qu'avec l'aide de son mari (lettre du 23 octobre 2002). Ultérieurement, il a attesté que l'incapacité d'accomplir les travaux habituels était de 100 %, du moment que l'assurée ne pouvait effectuer aucune des tâches précitées sans l'aide de son mari (lettre du 29 novembre 2002). En cas de divergences entre les conclusions médicales et celles de l'enquête économique, il y a lieu, en règle générale, de se fonder sur les premières, conformément aux principes exposés au consid. 5.3. Pour cela, il faut bien sûr que le rapport médical en cause ait valeur probante au sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets et que les conclusions de l'expert soient dûment motivées ( ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'occurrence, par sa lettre du 29 novembre 2002, le docteur C. \_\_\_\_\_ a justifié une incapacité de 100 % en indiquant que l'intéressée ne pouvait effectuer aucune tâche sans l'aide de son mari. Cette appréciation ne satisfait toutefois pas aux exigences jurisprudentielles ci-dessus exposées. En effet, non seulement on ne comprend pas, en l'absence d'une évaluation de l'importance de l'aide du mari, pourquoi le médecin prénommé a fait état d'une incapacité entière dans l'accomplissement des tâches habituelles, mais encore cette conclusion repose essentiellement sur une appréciation des circonstances concrètes du cas particulier, laquelle n'est pas superposable aux constatations effectuées par la personne chargée de l'enquête. Au demeurant, celle-ci ne prête pas le flanc à la critique. En particulier, il y a lieu de rejeter le grief invoqué en cours de procédure administrative par le mari de l'assurée, selon lequel les constatations consignées dans le rapport d'enquête ne correspondaient pas à la réalité parce que l'intéressée avait tendance à surestimer sa capacité : si les déclarations de l'assurée n'avaient pas correspondu à la réalité, le mari, présent lors de l'enquête à domicile, n'aurait pas manqué de le signaler, alors qu'il n'est pas du tout intervenu. Cela étant, l'office recourant était fondé, en se référant aux résultats de l'enquête à domicile, à fixer à 20,8 % le taux d'invalidité dans les travaux habituels. La décision du 3 septembre 2001 n'est dès lors pas critiquable et le recours se révèle bien fondé." Nel caso di specie, trovandosi indubbiamente in presenza di un danno alla salute di natura soprattutto psichica, era indispensabile per l'amministrazione disporre, oltre che di una valutazione degli impedimenti dell'assicurata nello svolgimento delle mansioni domestiche eseguita dall'assistente sociale tramite un'inchiesta economica, anche di constatazioni concernenti tale aspetto di ordine medico. L'amministrazione, tuttavia, in maniera inspiegabile a mente di questo Tribunale, ha ritenuto di potersi fondare sul parere specialistico del dr. \_\_\_\_\_ con riferimento al periodo compreso fra il 1° agosto 2004 e il 31 maggio 2008, mentre, per il periodo successivo, ha considerato di poter prescindere da un parere specialistico da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ e di potersi basare unicamente sulle risultanze dell'inchiesta economica del 17 marzo 2009 dell'assistente sociale. Questo modo di procedere non è corretto. Innanzitutto, va sottolineato che l'UAI, con riferimento al

periodo compreso fra il 1° agosto 2004 e il 31 maggio 2008, si è scostato dalla valutazione espressa dall'assistente sociale nell'inchiesta economica del 1° marzo 2007 – che giungeva ad una percentuale di impedimenti del 51% (cfr. doc. 26) – senza tuttavia illustrare, alla luce della giurisprudenza sopra esposta (sentenza I 311/03 del 22 dicembre 2003), le ragioni mediche che giustificavano un tale modo di procedere. Ora, se è vero che, in caso di divergenza tra i risultati dell'inchiesta economica e le constatazioni di ordine medico, queste ultime hanno, di regola, un peso maggiore rispetto agli esiti dell'inchiesta a domicilio, occorre tuttavia che le considerazioni del medico siano ben motivate, approfondite ed esaustive, ciò che non si è certo verificato nella fattispecie concreta. Nel caso di specie, infatti, come già indicato in precedenza (cfr. consid. 2.11.), la valutazione peritale fornita dal dr. \_\_\_\_\_ nell'ambito della perizia SAM del 27 agosto 2008 è stata criticata dalla perizia psichiatrica CPAS eseguita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ in data 1° marzo 2010 e non può quindi essere considerata pienamente probante ed essere posta a fondamento della decisione dell'amministrazione. Quanto poi al periodo di tempo a partire dal mese di giugno 2008, nella decisione impugnata l'amministrazione ha considerato di poter determinare gli impedimenti dell'assicurata in ambito casalingo facendo affidamento sui risultati scaturiti dall'inchiesta economica del 10 marzo 2009, senza nemmeno preoccuparsi di richiedere sull'argomento un parere medico specialistico. Il TCA rileva infatti che, nel referto peritale del 1° marzo 2010, la dr.ssa \_\_\_\_\_ non si è espressa esplicitamente a proposito delle limitazioni riscontrate dall'interessata nell'esecuzione delle mansioni domestiche. L'amministrazione avrebbe così dovuto richiedere alla specialista in psichiatria delle precisazioni in tal senso e non limitarsi a fare automaticamente riferimento – oltretutto solo a far tempo dal 1° giugno 2008 – all'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica eseguita dall'assistente sociale. Inoltre, va pure sottolineato che la valutazione economica dell'assistente sociale posta a fondamento della decisione impugnata è stata svolta in data 10 marzo 2009 e quindi in un periodo di tempo precedente alla valutazione peritale psichiatrica del CPAS, della quale quindi l'assistente sociale non ha potuto debitamente tenere conto. Pertanto, alla luce dei risultati divergenti quanto agli impedimenti dell'assicurata nello svolgimento delle mansioni domestiche tra quanto emerso dall'inchiesta economica e quanto constatato per contro dal dr. \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, l'UAI avrebbe dovuto compiere ulteriori approfonditi accertamenti, al fine di potere stabilire, in maniera motivata, a quale risultato potere attribuire un peso maggiore, ai sensi della giurisprudenza illustrata in precedenza (cfr. STFA I 311/03 del 22 dicembre 2003). Alla luce di queste considerazioni, quindi, gli atti vanno rinviati all'amministrazione affinché stabilisca - dopo avere chiesto alla dr.ssa \_\_\_\_\_ un complemento peritale riguardo alle limitazioni presentate dall'interessata in ambito casalingo e dopo l'esperimento di una nuova inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica - quali sono le limitazioni dell'assicurata in ambito domestico. 2.13. Infine, il TCA sottolinea che l'amministrazione, alla quale gli atti vanno rinviati per nuovi accertamenti, dovrà pure prestare particolare attenzione ad un altro aspetto, totalmente ignorato nella decisione impugnata. Dagli atti all'incanto, come riportato per esteso al consid. 2.8., emerge che, in data 8 ottobre 2008, il dr. \_\_\_\_\_ - chiamato dal SAM a fornire alcune precisazioni in merito alla proprio consulto peritale del 10 giugno 2008, su richiesta del dr. \_\_\_\_\_ del SMR - ha espressamente indicato che “la mia valutazione della capacità lavorativa è da essere considerata come una misura teorica della capacità della persona ad eseguire le attività, ma considerate separatamente. Ossia che l'assicurata se lavorasse come fisioterapista al 50% o come casalinga al 60%, sta a lei

scegliere, sono da essere considerate separatamente come delle misure globali della sua capacità lavorativa e non posso chiederle di eseguire nessun altro lavoro ulteriore oltre a quello (ossia come fisioterapista, oppure come casalinga)” (doc. 69-4). Nello scritto del 10 febbraio 2009 indirizzato al SMR, i medici del SAM hanno ribadito che “la valutazione della capacità lavorativa va considerata come una misura teorica della capacità dell’assicurata a svolgere le attività, ma vanno considerate separatamente; l’assicurata potrebbe lavorare come fisioterapista al 50% e come casalinga al 60%. Queste valutazioni vanno considerate separatamente come delle misure globali della sua capacità lavorativa e non può svolgere nessun ulteriore lavoro oltre a quello di fisioterapista oppure casalinga” (doc. 69-1). In una sentenza I 246/05 del 30 ottobre 2007, pubblicata in DTF 134 V 9, il Tribunale federale ha indicato che, nell’ambito della valutazione dell’invalidità secondo il metodo misto, una eventuale ridotta capacità nell’ambito professionale o nell’ambito dell’adempimento delle mansioni consuete (secondo l’art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell’altro settore d’attività è da prendere in considerazione solo a determinate condizioni (consid. 7). Ora, pur non potendo, alla luce delle considerazioni espresse dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, prestare pieno valore probatorio alla valutazione peritale fornita dal dr. \_\_\_\_\_, resta il fatto che il suddetto specialista in psichiatria ha fornito degli indizi tali da fare ritenere che, nel caso di specie, le riduzioni della capacità nell’ambito professionale e in quello casalingo siano influenzate da maggiori sforzi compiuti nell’altro settore d’attività. Nonostante queste indicazioni fornite dal dr. \_\_\_\_\_, poi riprese dai medici del SAM, l’UAI ha ommesso di approfondire la questione, ignorandola totalmente. Anche questo aspetto, dunque, dovrà essere oggetto di ulteriori approfondimenti da parte dell’amministrazione. 2.14. Secondo la giurisprudenza federale, il giudice cantonale che considera che i fatti non sono stati sufficientemente chiariti ha, di principio, la scelta fra due soluzioni: o rinviare la causa all’assicuratore per un complemento istruttorio o procedere personalmente a tale complemento. Un rinvio all’assicuratore non viola né il principio della semplicità e della rapidità della procedura né il principio inquisitorio. In una sentenza pubblicata in RAMI 1993 U 170, p. 136ss., il TFA ha comunque stabilito che un simile rinvio può costituire un diniego di giustizia, in particolare quando una semplice perizia giudiziaria o una misura di istruzione puntuale basterebbe a chiarire un fatto. Tale giurisprudenza è stata criticata dalla dottrina. In particolare, da G. Aubert (cfr. la nota pubblicata in SJ 1993, p. 560) , il quale ha centrato la sua critica sull’art. 47 LAINF che pone il principio secondo cui è compito dell’assicuratore accertare d’ufficio i fatti, se necessario disponendo delle perizie mediche . Ora, secondo Aubert, il risultato della giurisprudenza citata è quello di ribaltare tale onere sui tribunali e, visto il principio della gratuità della procedura, di porre a carico dello Stato - a meno che una parte abbia agito temerariamente o per leggerezza - costi che, invece, incombono agli assicuratori. Del resto, nemmeno l’argomento fondato sulla rapidità della procedura convince Aubert: da una parte, non occorre più tempo all’assicuratore che al giudice per ordinare una perizia e, d’altra parte, la stessa giurisprudenza federale rischia di diventare fonte di ritardi poiché, grazie ad essa, l’assicuratore può essere tentato di rifiutare di ordinare delle perizie lasciando tale onere ai Tribunali (e, quindi, allo Stato). Lo scrivente TCA non può che condividere tali critiche (cfr. in questo senso STCA 35.2004.100 del 9 marzo 2005). D’altra parte, in una sentenza C 206/00 del 17 novembre 2000, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la massima Corte federale ha ricordato - facendo riferimento a una sua pronuncia apparsa in RAMI 1986 K 665, p. 87 - che il rinvio all’amministrazione appare generalmente giustificato se essa ha constatato i fatti in maniera sommaria, ritenendo che, in

caso di ricorso, il tribunale li avrebbe comunque puntualmente accertati. Nella concreta evenienza, ci troviamo di fronte a un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. La decisione impugnata va quindi annullata e l'incanto rinviato all'Ufficio AI, affinché, dopo avere interpellato il dr. \_\_\_\_\_ a proposito delle critiche espresse dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ nel referto peritale del 1° marzo 2010, determini con precisione, da una parte, l'evoluzione dell'incapacità lavorativa dell'interessata con riferimento all'aspetto professionale e, previo complemento peritale da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ del Centro peritale per le assicurazioni sociali, completata tramite un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, chiarisca, d'altra parte, le ripercussioni dei disturbi della ricorrente sulla possibilità di svolgere le mansioni domestiche. L'UAI dovrà pure accertare se, nel caso concreto, le riduzioni della capacità nell'ambito professionale e in quello casalingo siano influenzate da maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività. Quindi, in esito a tali complementi istruttori, tenuto conto anche delle patologie di natura somatica, l'amministrazione si determinerà nuovamente sul diritto alle prestazioni AI dell'assicurata. 2.15. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI. Vincente in causa, la ricorrente, patrocinata dalla RA 1, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (cfr. STF K 63/06 del 5 settembre 2007 e la citata DTF 126 V 11 seg. consid. 2).

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