

TI_GERICHTE 32.2010.361 vom 15. November 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-11-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.361

FR: TI_GERICHTE 32.2010.361 du 15 novembre 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.361 del 15 novembre 2010

Regeste

Richiesta di una rendita AI. Rinvio degli atti all'amministrazione per approfondire l'aspetto psichiatrico

Erwägungen

E. 21

luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, 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 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).

3. Se, però, un assicurato maggiorenne non esercitava un'attività lucrativa prima di essere invalido, l'applicazione nei suoi confronti del concetto dell'incapacità di guadagno non è possibile, poiché - in simili condizioni - l'invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Ciò, in special modo, se non si può esigere da questi l'esercizio di una attività lucrativa. Per questo motivo l'art. 8 cpv. 3 LPGa (cfr. art. 5 vLAI) parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 p. 221 consid. 1; RCC 1986 p. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 prima frase OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Secondo la prassi amministrativa, sono incluse anche l'amministrazione di patrimoni e le attività benevole gratuite, ma non le attività di svago, del tempo libero (N. 3091 delle Direttive concernenti l'invalidità e la grande invalidità (CIGI), edite dall'UFAS). L'invalidità viene così valutata sulla base di un confronto delle attività domestiche, da effettuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97; Pratique VSI 2001 pag. 158 consid. 3c). Si paragonano quindi le attività svolte dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quelle che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 p. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, 1995, p. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, p. 145).

Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 p. 139). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

4. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità,

si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, BG über die IV, 2010, p. 288). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; Meyer-Blaser, op. cit., p. 288; Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, 1999, p. 190 seg). Va osservato che in materia di contributi AVS, un assicurato che da anni esercita un'attività lucrativa il cui carattere lucrativo è dubbioso e la cui importanza economica è di poco conto e da cui non trae alcun reddito, va considerato come persona senza attività ex art. 10 LAVS (RCC 1987 consid. 4a p. 447/488). In sostanza, quindi, generalmente un assicurato va considerato senza attività lucrativa se si mantiene principalmente grazie alla sostanza di cui dispone o dai redditi della stessa in quanto i redditi da attività lucrativa sono di poco conto o inesistenti (in argomento, cfr. anche RCC 1986, p. 540 seg.). 5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) 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 I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrecht*, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)” (STFA del 30 giugno 2004 nella causa W., I 166/03, consid. 3.2).” Secondo la giurisprudenza dell’allora TFA siffatti 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 I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF 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 recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 6. In concreto, al fine di valutare la capacità lavorativa dell’insorgente, l’UAI ha deciso di far allestire una perizia pluridisciplinare ad opera del SAM. Dal referto, datato 29 gennaio 2010 (doc. AI 38), risulta che i periti hanno fatto capo a 4 consulti specialistici esterni, di natura psichiatrica (dr. med. _____), reumatologica (dr. med. _____), neurologica (dr. med. _____) ed endocrinologica (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 sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (F 33.1), sindrome da attacchi di panico (F41.0), sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno lungo la gamba sinistra in stato dopo sindrome irritativa radicolare S1 a sinistra nel 2004, nonché intervento di discectomia L5-S1 sinistra il 1.8.2004 e le diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di periartrite omero scapolare tendinopatia con leggera sintomatologia di impingement della spalla destra, dolori nella zona inguinale nell’ambito di tendomiogelosi d’inserzione della muscolatura degli adduttori, iniziale gonartrosi vara bilaterale con interessamento del compartimento mediale, emicrania, raramente aura visiva, diventata cronica, nell’ultimo anno in fase di miglioramento, tiroidite autoimmune (morbo di Basedow), diagnosticato nel settembre 2006 con autoanticorpi TRAK positivi, minima oftalmopatia endocrina, gozzo diffuso bilaterale, terapia tireostatica medicamentosa iniziale, poi tiroidectomia totale il 15.12.2006, terapia sostitutiva con Euthyrox, ipertensione arteriosa di probabile origine essenziale tratta con intolleranza agli ACE-inibitori (tosse), sovrappeso corporeo (BMI 28%), modica dislipidemia non trattata. Dal punto di vista reumatologico i periti rilevano che il consulente esterno evidenzia che l’insorgente presenta, dal lato muscolo scheletrico, una sindrome lombospondilogeno sinistra in uno stato dopo intervento chirurgico di discectomia L5-S1 per un’ernia discale, con irritazione della radice S1 a sinistra nel 2004. Ritiene che il decorso postoperatorio è da considerarsi favorevole, fa notare che le indagini radiologiche eseguite nel 2007 e 2009 mostrano una situazione sostanzialmente stabile, in particolare l’assenza di recidive di ernia discale. Aggiunge che clinicamente vi sono degli indizi per un’instabilità segmentale L5-S1, senza tuttavia deficit sensitivomotorici rilevanti. Associata a questa patologia principale segnala la presenza di una periartrite omero scapolare tendinopatia con leggera sintomatologia d’impingement alla spalla destra, radiologicamente senza reperti francamente patologici. Circa le ginocchia il consulente riferisce dal lato clinico un reperto

sostanzialmente normale, a parte una leggera deformazione in ginocchia vara bilaterale e la presenza radiologicamente di una riduzione della rima articolare al compartimento mediale nell'ambito di un'iniziale gonartrosi del compartimento interno. Sul piano funzionale ritiene che limitanti per l'assicurata sono esclusivamente le patologie alla colonna lombare e ne descrive di seguito i limiti funzionali e di carico. Sul piano valetudinario l'assicurata è giudicata, per l'attività di casalinga, incapace al lavoro nella misura del 10%, mentre per l'attività svolta di aiuto-segretaria o di impiegata di commercio, considera un'incapacità lavorativa nella misura del 30%. La limitazione è dovuta a limiti funzionali e di carico, alla necessità di cambiare posizione, di muoversi, di alternare la posizione seduta alla deambulazione e ad altre attività con riduzione del rendimento. In altre attività lavorative meglio adatte che tengano conto delle limitazioni di carico e funzionali, che permettano di alternare la posizione seduta alla deambulazione, all'attività da svolgere in piedi cambiando appoggio, senza dover alzare pesi superiori ai 5 kg ripetutamente e senza dover lavorare in posizioni non ergonomiche con la colonna vertebrale, vi è un'incapacità lavorativa nella misura del 10% (orario di lavoro normale con riduzione del rendimento). Circa la patologia endocrinologica il consulente ha evidenziato che la richiesta di prestazioni AI non riguarda la problematica tiroidea bensì la stanchezza ed i dolori lombari. Per quanto concerne la descrizione orientativa dello stato clinico, va evidenziato che non presenta evidenti segni per un'oftalmopatia, valori pressori nella norma, assenza di segni di scompenso. La ghiandola tiroidea è clinicamente non palpabile, la cicatrice è calma, non sono palpabili linfonodi cervicali patologici. Si tratta di un'assicurata con stato dopo tiroidectomia totale per una tiroidite autoimmune, provata dalla presenza di autoanticorpi antirecettori TSH. Il trattamento sostitutivo risulta adeguato con una situazione ben equilibrata di eutireosi. Non vi sono limiti della capacità lavorativa nelle attività finora svolte. Per quanto concerne la patologia neurologica, il consulente ritiene che nello stato attuale le cefalee non creano più motivo di incapacità lavorativa nelle dimensioni in cui sono ridotte. La sindrome algica radicolare S1 può comportare effettivamente una riduzione della capacità lavorativa, in qualsiasi professione, non potendo rimanere a lungo seduta. Dal punto di vista strettamente neurologico non vi è un grado d'incapacità lavorativa superiore alla misura del 20% sia per l'attività salariata che di casalinga. A proposito della patologia psichiatrica, il consulente afferma che di fatto ci si trova di fronte ad una condizione depressiva recidivante nell'ambito della quale le crisi di ansia parossistica con le condotte di evitamento, la paura di rimanere sola o di avere un altro attacco di panico, si accostano come espressione più appariscente per focalizzare l'attenzione sul proprio disagio di vivere. Fa notare che tra l'altro la letteratura descrive come gli attacchi di panico possono essere secondari ad una sindrome depressiva. Sottolinea che malgrado l'assicurata continui a farsi seguire ambulatoriamente da uno specialista in psichiatria, la condizione psicoaffettiva continua a manifestarsi compromessa e secondo lo psichiatra curante l'assicurata è da considerare totalmente inabile al lavoro. Precisa che quanto attualmente obiettato, mette in evidenza certamente la persistenza di un quadro emotivo-affettivo instabile, ma anche la presenza di margini funzionali residui come ad esempio la buona propensione al lavoro sempre dimostrata, le buone capacità nella relazione interpersonale e sufficienti strumenti adattativi, che necessitano tuttavia d'essere ulteriormente sostenuti. Sul piano valetudinario concorda con lo psichiatra curante per una completa capacità lavorativa dell'assicurata nelle mansioni di casalinga, ma reputa un'inabilità lavorativa per esclusive cause psichiche in ambito lucrativo, non superiore al 50%. I periti affermano che il consulente "giustifica questa limitazione in quanto i limiti che non consentono più all'A. di fornire adeguate

prestazioni lucrative sono dati dal fatto che la sua vita continua ad essere segnata dal timore pervasivo per un possibile perpetuarsi dei attacchi di panico, dalla difficoltà ad affrontare situazioni nuove il che la porta a rinchiudersi ed isolarsi, dal disturbo affettivo con i suoi deficit cognitivi e vissuti autosvalutativi e naturalmente dall'ansia parossistica con i suoi caratteri di imprevedibilità. Precisa infine che le limitazioni valetudinarie in ambito psichiatrico non vanno addizionati a quelli eventualmente identificati per cause somatiche ” (doc. AI 38-21). Dall'allegato consulto, emerge che il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, si è così espresso: " (...) Di fatto ci troviamo di fronte ad una condizione depressiva recidivante nell'ambito della quale le crisi di ansia parossistica con le condotte di evitamento, la paura di rimanere sola o di avere un altro attacco di panico, si accostano come espressione più appariscente per focalizzare l'attenzione sul proprio disagio di vivere. Peraltro la letteratura descrive come gli attacchi di panico possono essere secondari ad una sindrome depressiva. Malgrado continui a farsi seguire ambulatorialmente da uno specialista psichiatra, la condizione psicoaffettiva continua a mantenersi compromessa e secondo la psichiatra curante la peritanda è da considerare totalmente inabile sul piano lucrativo. Quanto attualmente obiettivato tuttavia mette in evidenza certamente la persistenza di un quadro emotivo-affettivo instabile ma anche la presenza di margini funzionali residui come ad esempio la buona propensione al lavoro sempre dimostrata, le buone capacità nella relazione interpersonale e sufficienti strumenti adattativi, che necessitano tuttavia di essere ulteriormente sostenuti. In tale scenario i limiti che non le consentono più di fornire adeguate prestazioni lucrative sono dati dal fatto che la vita della peritanda continua ad essere segnata dal timore pervasivo per il possibile perpetuarsi di altri attacchi di panico, dalla difficoltà ad affrontare situazioni nuove il che la porta a rinchiudersi ed isolarsi, dal disturbo affettivo con i suoi deficit cognitivi e i vissuti autosvalutativi e naturalmente dall'ansia parossistica con i suoi caratteri di imprevedibilità. In conclusione concordo con lo psicoterapeuta curante per una completa capacità della peritanda nelle mansioni di casalinga ma reputo una inabilità lucrativa per causa psichiche non superiore al 50%. Va precisato che tale grado di inabilità per motivi psichici non è addizionale a quello eventualmente identificato per cause internistiche e va inteso nell'ambito di un'occupazione lucrativa esercitata in percentuale completa.” (doc. AI 38-35) Alla luce dei 4 consulti specialistici, i periti hanno stabilito che l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorico globale dell'assicurata nell'attività di impiegata d'ufficio e di commercio non diplomata, è valutabile nella misura del 50% (attività sull'arco di un normale orario lavorativo, con particolari esigenze ergonomiche e riduzione del rendimento). A riguardo invece dell'attività quale casalinga (economia domestica di due sole persone), il grado di capacità lavorativa è valutabile nella misura dell'80% (limiti funzionali e di carico). Per quanto concerne le conseguenze sulla capacità lavorativa i periti hanno affermato: " (...) Le conseguenze sulla capacità di lavoro dell'A., nell'attività svolta quale impiegata d'ufficio e di commercio non diplomata, si manifestano nell'ambito delle menomazioni dovute ai disturbi constatati a livello psichiatrico, reumatologico ed in parte neurologico. Sul piano psichiatrico i limiti che non consentono più all'A. di fornire adeguate prestazioni lavorative sono dati dal fatto che la sua vita continua ad essere segnata dal timore pervasivo per il possibile perpetuarsi di altri attacchi di panico, dalla difficoltà ad affrontare situazioni nuove il che la porta a rinchiudersi ed isolarsi, inoltre dal disturbo affettivo con i suoi deficit cognitivi ed i vissuti autosvalutativi e naturalmente dall'ansia parossistica con i suoi caratteri d'imprevedibilità. In questa nostra valutazione non possiamo concordare con quanto affermato dallo psichiatra curante (capacità lavorativa 0%

in attività lucrativa) in quanto, benché persista certamente un quadro emotivo-affettivo instabile, possiamo constatare la presenza di margini funzionali residui come ad esempio la buona propensione al lavoro sempre dimostrata, le buone capacità nella relazione interpersonale e sufficienti strumenti adattativi, che necessitano tuttavia d'essere ulteriormente sostenuti. Sul piano reumatologico l'A. presenta i seguenti limiti funzionali e di carico: alzare o trasportare ripetutamente pesi superiori a 7.5-10 kg, mantenere posizioni statiche in postura eretta, con la parte superiore del corpo leggermente flessa in avanti, movimenti ripetitivi di flessione-estensione del tronco, o rotazione dello stesso, mantenere o svolgere lavori in posizioni non ergonomiche, mantenere la posizione seduta statica per più di un'ora in modo continuato. Sul piano neurologico le limitazioni vanno riferite alla persistenza di disestesie residue nel territorio S1 sin., limitazioni che si sovrappongono a quelle descritte in ambito reumatologico. In una visione d'insieme riteniamo pertanto che l'attività svolta dall'A., quale impiegata d'ufficio o di commercio non diplomata, è ancora praticabile nella misura descritta al capitolo 7. Per quanto riguarda la determinazione temporale della prolungata limitazione della capacità di lavoro dell'A., possiamo concordare con quanto certificato dall'attuale medico curante (vedasi atto del 21.4.2009), vale a dire un grado d'incapacità lavorativa nella misura del 50% a partire dal 1.8.2008. Da allora lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro ha presentato temporanei peggioramenti, con grado di capacità lavorativa nella misura dello 0%, in occasione dei ricoveri per motivi psichiatrici dall'11.9 al 3.10.2008 e dal 19.12.2008 al 9.2.2009. A partire pertanto dal 10.2.2009 il grado di capacità lavorativa è da considerare come descritto al capitolo 7. La prognosi valetudinaria a medio-lungo termine risulta abbastanza stazionaria." (doc. AI 38-26) Il 15 luglio 2010 il dr. med. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, medico curante dell'assicurata, ha preso posizione su quanto affermato dal dr. med. _____: " Condivido le conclusioni diagnostiche del Dottor _____ nel senso della presenza di una doppia patologia: - sindrome depressiva ricorrente ICD F 33 - sindrome di attacchi di panico ICD F 41.0 Nell'ambito di disturbi depressivi in alcuni casi l'ansia, l'angoscia e l'agitazione motoria possono essere a tratti più evidenti rispetto alla depressione e l'alterazione del tono dell'umore può essere mascherata da aspetti aggiuntivi quale l'accentuazione di sintomi fobici o ossessivi. Questi quadri depressivi a impronta prevalentemente ansiosa sono comunque parte integrante della sofferenza depressiva e non necessitano di una seconda diagnosi. La sindrome depressiva ricorrente non diminuisce in maniera rilevante la capacità lavorativa della Signora RI 1 di svolgere la Sua attività quale casalinga. Infatti, come scrive il Dottor _____, "quanto attualmente obiettato tuttavia mette in evidenza certamente la persistenza di un quadro emotivo-affettivo instabile ma anche la presenza di margini funzionali esigui come a esempio la buona propensione al lavoro sempre dimostrata, la buona capacità nella relazione interpersonale e sufficienti strumenti adattativi che necessitano tuttavia di essere ulteriormente sostenuti." Tenendo conto esclusivamente della sindrome depressiva ricorrente condivido quanto scrive il Dottor _____, ossia di "una inabilità lavorativa... non superiore al 50%". Diverso il discorso se si tiene conto della presenza della sindrome da attacchi di panico. Il Dottor _____ aggiunge una vera e propria seconda diagnosi e non valuta i disturbi ansiosi della Signora RI 1 come parte integrante della sofferenza depressiva. E' vero che gli attacchi di panico possono essere secondari a una sindrome depressiva, è altrettanto vero che presso l'assicurata la sindrome da attacchi di panico rappresenta rispetto al passato una psicopatologia autonoma che si è aggiunta alla sindrome depressiva ricorrente e che non è semplicemente manifestazione di quest'ultima. Come

scrive il Dottor _____ "... la vita della perizianda continua ad essere segnata dal timore pervasivo per possibile perpetuarsi di altri attacchi di panico, dalla difficoltà ad affrontare situazioni nuove il che porta a rinchiudersi ed isolarsi,... e naturalmente dall'ansia parossistica con i suoi caratteri di imprevedibilità." E' proprio quest'ultimo fattore, ossia di un sentirsi continuamente sotto la spada di Damocle di nuovi attacchi di panico che ha creato un timore pervasivo, che non permette all'assicurata di spostarsi liberamente, fattore indispensabile per poter seguire una regolare attività lavorativa lucrativa. Infatti per venire alle consultazioni dal sottoscritto la Signora RI 1 è per il viaggio sempre accompagnata da terzi. Il timore pervasivo ha gli aspetti di una vera e propria agorafobia, anche se non è possibile porre una rispettiva diagnosi, dato che l'assicurata non ha mai sofferto di isolati disturbi agorafobici con attacchi di ansia parossistica. La sofferenza soggettiva raggiunge però i livelli di una fobia vera e propria. Ed è proprio quest'ultimo fattore a far sì che la limitazione della capacità lavorativa al 50% dovuta alla sindrome depressiva ricorrente diventa totale a causa dell'aggiunta della descritta patologia ansiosa. Di conseguenza confermo la mia valutazione medico-psichiatrica di una incapacità lavorativa totale al di fuori del nucleo familiare a partire dal 19 dicembre 2008, fino ad oggi e molto probabilmente anche a lungo termine." (doc. AI 44) Il

E. 23

agosto 2010 il dr. med. _____ ha preso posizione come segue: " (...) Assodato il fatto che lo psichiatra Dr. _____ concorda con le diagnosi da me avanzate rimane da chiarire l'aspetto relativo alla incapacità lavorativa determinata dalla psicopatologia obiettivata. A tale proposito il Dr. _____ afferma che la sintomatologia da attacchi di panico per il suo carattere di imprevedibilità non consente alla propria assistita di spostarsi da sola in auto ed in quanto tale non le consente attività lucrative al di fuori del nucleo familiare. Ciò è vero sul piano teorico ma è altrettanto noto che l'approccio terapeutico più funzionale in questo tipo di patologia è quello di fare in modo che i pazienti che ne sono affetti evitino di chiudersi in casa ed isolarsi per il timore di possibili crisi di panico. Riconoscendo alla peritanda una inabilità totale si arriverebbe inequivocabilmente a questo. La mia valutazione di un margine teorico di possibilità di attivazione lucrativa del 50% ha proprio il significato di evitare ciò e come ho avuto modo di descrivere nella perizia da me redatta mantenere attiva "... la buona propensione al lavoro sempre dimostrata...", quindi una valenza terapeutica perché inducendo la peritanda ad attivarsi almeno in misura parziale eviterebbe la sempre più pervasiva tendenza all'immobilismo e la conseguente cronicizzazione della psicopatologia." (doc. AI 50-1) Sulla base di quanto affermato dal dr. med. _____ i periti del SAM hanno evidenziato: " (...) Alleghiamo la presa di posizione del Dr. med. _____ del 23.8.2010 dalla quale si evince come egli contesti l'affermazione del Dr. med. _____ quando afferma che, in occasione del consulto peritale del 26.11.2009, i disturbi ansiosi dell'A. non sarebbero stati valutati come parte integrante della sua sofferenza depressiva. Il Dr. med. _____ ribadisce la propria valutazione sulla capacità lavorativa e precisa che il riconoscere un margine teorico di possibilità di attivazione lucrativa nella misura del 50% ha il significato di mantenere attiva l'A., ciò che rappresenta pure una valenza terapeutica. In considerazione di quanto sopra ed alla luce della presa di posizione del nostro consulente in psichiatria Dr. med. _____, possiamo confermare le nostre conclusioni peritali del 29.1.2010." (doc. AI 49-1) Il 7 dicembre 2010 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " (...) Le osservazioni dello psichiatra curante Dr. _____ del 15 luglio 2010 in merito alla valutazione specialistica del Dr. _____ nell'ambito della perizia SAM sono state sottoposte al

SAM. Il Dr. _____ risponde in data 3 settembre 2010: Il Dr. _____ ribadisce la sua valutazione di modo che le conclusioni peritali vengono confermate. Infatti, nella sua lettera del 23 agosto 2010, il Dr. _____ intravede una funzione terapeutica nella capacità lavorativa parziale (50%) per mantenere attiva l'assicurata evitando la cronicizzazione della psicopatologia. Le osservazioni del Dr. _____ non modificano le conclusioni indicate nel rapporto medico dell'8 febbraio 2010." (doc. AI 51-1) 7.

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 (sentenza del 26 agosto 2004 nella causa I 355/03, consid. 5; sentenza dei 25 febbraio 2003 U 329/01 ed U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1 c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA dei 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; 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 (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; sentenza del 26 agosto 2004 nella causa 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 (sentenza del 25 febbraio 2003 nelle cause U 329/01 ed U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, 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 (sentenza del 25 febbraio 2003 nelle cause U 329/01 ed U 330/01). 8. Nella concreta fattispecie, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, questo Tribunale, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, non può confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto la problematica psichiatrica non è stata chiarita in modo soddisfacente. Se da una parte, infatti, il TCA non ha motivo per distanziarsi dalle valutazioni delle patologie reumatologica, neurologica ed endocrinologica dell'assicurata, approfonditamente vagliate dai medici del SAM nel referto peritale del 29 gennaio 2010, peraltro rimaste incontestate da parte dell'assicurata, analogo discorso non può invece valere con riferimento ai disturbi di natura psichica dell'insorgente, che necessitano per contro di essere ulteriormente indagati. 9. Infatti, per i motivi che seguono, il TCA non può, in mancanza di ulteriori approfondimenti, confermare la correttezza della valutazione peritale in ambito psichiatrico, alla luce delle prese di posizione del 23 agosto 2010 del perito, dr. med. _____ e del 7 settembre 2010 del medico SMR, dr. med. _____. Dagli atti emerge che il perito, dr. med. _____ ed il medico curante, dr. med. _____, sono concordi circa la diagnosi della patologie psichiche di cui è affetta la ricorrente, e meglio, la sindrome depressiva ricorrente ICD F.33 e la sindrome da attacchi di panico ICD F41.0 (doc. AI 44-1). I due specialisti evidenziano inoltre che la sindrome depressiva ricorrente non diminuisce in maniera rilevante la capacità della ricorrente di svolgere la sua attività quale casalinga e che, tenendo conto esclusivamente della sindrome depressiva ricorrente, vi è una inabilità lavorativa non superiore al 50% (doc. AI 44-2). Il medico curante rileva tuttavia che vi è una divergenza per quanto concerne la presa in considerazione della sindrome da attacchi di panico. Il dr. med. _____ sottolinea che " la sindrome da attacchi di panico rappresenta rispetto al passato una psicopatologia autonoma che si è aggiunta alla sindrome depressiva ricorrente e che non è semplicemente manifestazione di quest'ultima " ed evidenzia come il " sentirsi continuamente sotto la spada di Damocle di nuovi attacchi di panico", che ha creato un timore pervasivo, non permette all'assicurata di spostarsi liberamente, " fattore indispensabile per poter seguire una regolare attività lavorativa ." Il curante sostiene che " il timore pervasivo ha gli aspetti di una vera propria agorafobia, anche se non è possibile porre una rispettiva diagnosi, dato che l'assicurata non ha mai sofferto di isolati disturbi agorafobici con attacchi di ansia parossistica ", ma la " sofferenza soggettiva raggiunge però i livelli di una fobia vera e propria ". Questo fattore implica che la " limitazione della capacità lavorativa al 50% dovuta alla sindrome depressiva ricorrente diventa totale a causa dell'aggiunta della descritta patologia ansiosa. " Il perito, dr. med. _____, nella sua presa di posizione del 23 agosto 2010, contesta in parte quanto affermato dal medico curante, anche se, dalle sue parole, non traspare con la necessaria chiarezza, l'effettiva e concreta capacità lavorativa della ricorrente nella sua precedente attività ed in attività confacenti al suo stato di salute (doc. AI 50-1). Da una parte lo specialista, a proposito della sintomatologia da attacchi di panico che non consente alla ricorrente " di spostarsi da sola in auto " (in realtà, come emerge dagli atti medici, anche

con altri mezzi di trasporto, ad esempio con il treno [cfr. doc. AI 38-34]; inoltre il medico curante non ha parlato dei soli spostamenti in auto ma del fatto che la sindrome da attacchi di panico “ non permette all’assicurata di spostarsi liberamente ”) afferma che “ ciò è vero sul piano teorico ” (sottolineatura del redattore), lasciando inizialmente supporre che nel caso di specie, concretamente , la ricorrente potrebbe in realtà spostarsi liberamente. D’altra parte, tuttavia, lo stesso perito afferma che la sua valutazione “ di un margine teorico di possibilità di attivazione lucrativa del 50% ” (sottolineatura del redattore) ha il significato di evitare l’isolamento dell’interessata per il timore di possibili crisi di panico, lasciando intendere, al contrario di quanto sopra evidenziato, che invece, concretamente , l’interessata in realtà è incapace al lavoro in una percentuale superiore al 50%. Dalle affermazioni, non proprio cristalline, del perito nel suo complemento del 23 agosto 2010 (doc. AI 50-1) non si riesce a comprendere ed a stabilire, con la necessaria tranquillità ed a fronte delle pertinenti osservazioni del medico curante, qual è, concretamente nel preciso caso di specie, la capacità lavorativa della ricorrente nella sua precedente attività o in attività confacenti al suo stato di salute. Lo specialista sembra infatti dare una valutazione teorica generale sulla capacità lavorativa che occorrerebbe riconoscere agli assicurati affetti dalla sindrome da attacchi di panico per migliorare la loro capacità lavorativa ed impedire un cristallizzarsi della situazione (doc. AI 50-1 :“(…) è altrettanto noto che l’approccio terapeutico più funzionale in questo tipo di patologia è quello di fare in modo che i pazienti che ne sono affetti evitino di chiudersi in casa ed isolarsi per il timore di possibili crisi di panico ”), piuttosto che esprimersi sulla capacità lavorativa dell’assicurata nel caso concreto che, dal punto di vista prettamente medico, potrebbe essere diversa da quella di altri pazienti affetti dalla medesima patologia. Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute e ad indicare in quale misura e in quali attività l’assicurato è incapace al lavoro (cfr. Daniele Cattaneo in Le perizie giudiziarie, CFPG, 2008, pag. 212). Il sanitario deve stabilire in quale misura i disturbi lamentati limitino l’assicurato nelle sue funzioni fisiche e psichiche, tenuto conto che il medico, in tale contesto, si esprimerà in particolare su quelle funzioni che secondo la propria esperienza risultano essenziali per l’esplicazione delle attività lavorative entranti in linea di considerazione, pronunciandosi ad esempio se l’attività esigibile deve essere sedentaria, oppure svolta in posizione eretta, se deve essere effettuata a tempo parziale, se l’interessato è in grado di alzare, pesi, ecc. Spetta invece al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (cfr. Daniele Cattaneo, op. cit., pag. 212). In concreto, come emerge con maggiore evidenza dalle annotazioni del 7 settembre 2010 del medico SMR, dr. med. _____, la fissazione della capacità lavorativa al 50% ha in realtà una funzione terapeutica (cfr. doc. AI 51-1: “ il Dr. _____ intravede una funzione terapeutica nella capacità lavorativa parziale (50%) per mantenere attiva l’assicurata evitando la cronicizzazione della psicopatologia ”). I periti del SAM, nella presa di posizione del 3 settembre 2010 affermano che ciò “rappresenta pure una valenza terapeutica ” (doc. AI 49-1, sottolineatura del redattore), senza tuttavia distanziarsi dalle affermazioni del dr. med. _____. A questo proposito in DTF 127 V 294 l’Alta Corte, in merito alla rilevanza al fine dell’accertamento dell’invalidità, del fatto che un’affezione psichica sia suscettibile di essere curata ha affermato, tra l’altro: " 4. Die Vorinstanz schliesst einen psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG nicht schlechthin aus, verneint aber dessen Relevanz mangels einer Chronifizierung, weil durch entsprechende Behandlung (Psychotherapie, Antidepressiva) eine Verbesserung der psychophysiologischen Beschwerden habe erreicht werden können.

Diese Würdigung wird in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde in tatsächlicher Hinsicht mit dem Hinweis bestritten, dass in den erwähnten Berichten des Spitals Y und der Frau Dr. med. A. von einem chronifizierten Krankheitszustand gesprochen werde. Abgesehen davon könne nicht nur ein chronifizierter oder fixierter, sondern auch ein noch behandel- und therapierbarer Gesundheitsschaden eine Invalidität bewirken. a) Zur Frage, ob und welche Bedeutung dem Gesichtspunkt der Therapierbarkeit oder Behandelbarkeit einer psychischen Störung für den Anspruch auf eine Invalidenrente (oder auch Massnahmen beruflicher Art) zukommt, besteht, wie die in diesem Zusammenhang im angefochtenen Entscheid und in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zur Stützung des jeweiligen Standpunktes angeführten Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts zeigen, keine einheitliche Rechtsprechung. (...) b) aa) Das bereits mehrfach erwähnte Urteil E. vom 28. Dezember 1981 stützt die Auffassung, dass einer psychischen Störung grundsätzlich kein invalidisierender Krankheitswert zukommt, wenn, soweit und solange sie nach schlüssiger fachärztlicher Ansicht prognostisch behandel- oder therapierbar ist, nur beschränkt. Vielmehr liegt jenem Entscheid die Annahme zu Grunde, dass reaktive Depressionen in der Regel nicht die für die Entstehung des Rentenanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 (Variante 2 [heute: lit. b]) IVG erforderliche Dauer und Intensität in den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erreichen, dies auf Grund der medizinischen Erfahrungstatsache, dass sie im Allgemeinen relativ rasch wieder abklingen. Die von der Vorinstanz vertretene Auffassung, dass die Therapierbarkeit ein entscheidendes Kriterium dafür sei, ob einer psychischen Beeinträchtigung der Gesundheit invalidisierender Charakter zukomme, lässt sich aus dem Urteil E. nicht ableiten und ist abzulehnen, weil sich für eine solche negative materielle Anspruchsvoraussetzung im Gesetz keine Grundlage findet, wie sich aus dem Nachfolgenden ergibt. (...) c) Nach dem Gesagten ist die bisherige uneinheitliche Rechtsprechung in dem Sinne klarzustellen, dass die Behandelbarkeit einer psychischen Störung, für sich allein betrachtet, nichts über deren invalidisierenden Charakter aussagt. Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. 28 Abs. 1 bis Abs. 1ter IVG sowie Art. 28 Abs. 2 IVG oder Art. 5 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 3 IVG und Art. 27 f. IVV weiterhin besteht. Dies bedeutet keineswegs, dass eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität ist. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 99 V 29 Erw. 2; MEYER-BLASER, a.a.O., S. 11 f. und LOCHER, a.a.O., S. 81 N 7 und 10). Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern dem Versicherten trotz seines Leidens die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 102 V 165; AHI 1996 S. 303 Erw. 2a und ZAK 1992 S. 170 Erw. 2a mit Hinweisen). Soweit die Vorinstanz ihren Entscheid mit der Behandelbarkeit (Therapierbarkeit) und fehlenden Chronifizierung einer allfälligen (nicht auszuschliessenden) psychischen Störung begründet, hält dies demnach vor Bundesrecht nicht Stand. ” (sottolineature del redattore) Con il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore una modifica dell’art. 7 cpv. 2 LPGGA, per il quale per valutare la presenza di un’incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre,

sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile. In DTF 135 V 215 l'Alta Corte ha, a questo proposito, affermato: " 7.2 En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé. Cet élément - le caractère objectif de l'appréciation de l'exigibilité - a été formulé à diverses reprises et de manière constante par la jurisprudence. Ainsi, dans un ATFA 1964 p. 153 (arrêt du 25 août 1964) concernant un cas dans lequel le diagnostic de "névrose" avait été posé, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que l'assurée aurait pu surmonter sa résistance névrotique à reprendre une activité si elle avait mis à profit l'effort de volonté nécessaire et objectivement exigible. Dans l' ATF 102 V 165 (du 11 octobre 1976, déjà cité [consid. 6.1.1 supra]), il a également indiqué que la mesure de ce qui est exigible de l'assuré (afin qu'il empêche les diminutions de la capacité de gain en faisant preuve de bonne volonté) doit être déterminée aussi objectivement que possible. Ce principe a également été repris dans l' ATF 127 V 294 , où le Tribunal fédéral a rappelé que ce qui est déterminant, c'est le point de savoir si, et le cas échéant, dans quelle mesure, la mise à profit de sa capacité de travail, compte tenu de ses aptitudes et d'un marché du travail équilibré, peut être raisonnablement exigée de l'assuré ou est supportable pour la société, cet examen devant être effectué de manière aussi objective que possible ("nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung"; consid. 4c p. 298). Appliquant ce principe au diagnostic de "troubles somatoformes douloureux", le Tribunal fédéral a précisé qu'il est déterminant d'établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard aux critères déterminants (consid. 6.1.2 supra) - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de lui, compte tenu de sa constitution psychique (ATF 130 V 352 consid. 2.2.4 p. 355, déjà cité). 7.3 En exprimant l'exigence du caractère objectif de l'examen de ce qui peut (encore) être exigé de la personne assurée, l'art. 7 al. 2 LPGA n'a pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais inscrit dans la loi un aspect étroitement lié à celle-ci dont la portée avait déjà été mise en évidence par la jurisprudence sous l'empire du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (KIESER, ATSG-Kommentar, 2 e éd. 2009, n° 31 ss ad art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les explications du Conseil fédéral relatives à cette disposition laissent entendre le contraire (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5 e révision de l'AI], FF 2005 4215 ss, 4288, ch. 1.6.1.5.4), en parlant d'une "définition plus étroite, opérée par le législateur, de la notion d'invalidité", elles ne sont pas déterminantes. D'abord, elles sont contredites par d'autres déclarations du Conseil fédéral, selon lesquelles les modifications proposées (de l'art. 7 LPGA) permettent d'inscrire dans le texte de la loi des principes juridiques essentiels, notamment la jurisprudence relative au principe de l'exigibilité (FF 2005 4287, ch. 1.6.1.5.4). Elles n'ont, par ailleurs, pas trouvé leur expression en droit positif, dans le texte légal, ce qui est cependant une condition pour qu'on puisse y voir des éléments

d'interprétation historique (ATF 114 V 239 consid. 8a p. 250). L'art. 7 al. 2 LPGA ne correspond donc pas à une modification du droit en tant que telle, mais à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (voir aussi, THOMAS LOCHER, Invalidität, Invaliditätsgrad und Entstehung des Rentenanspruchs nach dem Entwurf zur 5. IV-Revision, in Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, 2006, p. 273 ss, 293). Par conséquent, cette disposition ne peut pas être considérée comme un fondement légal pour modifier des rentes qui ont fait l'objet d'une décision entrée en force." Determinante è 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 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298). Nel caso di specie, secondo questo Tribunale, alla luce dello scritto del 23 agosto 2010 (doc. AI 50-1), il perito non ha stabilito la capacità lavorativa dell'assicurata secondo i criteri posti dalla giurisprudenza ma sembra piuttosto aver deciso per una capacità lavorativa del 50% per mantenere attiva l'assicurata ed evitare la cronicizzazione della malattia, senza preoccuparsi della reale situazione concreta dell'interessata e della possibilità oggettiva di esercitare un'attività lavorativa nella sua situazione valetudinaria. Il perito non ha spiegato se l'insorgente può concretamente svolgere un'attività lucrativa al 50% malgrado la presenza della sindrome da attacchi di panico ICD F 41.0. In concreto alla luce della divergenza di valutazione esistente, quanto alla gravità della patologia dell'interessata e all'influsso che la stessa ha sulla sua capacità lavorativa, tra quanto stabilito dal perito dr. med. _____ e quanto invece valutato dal curante, dr. med. _____, ritenuto la poca chiarezza derivante dalle affermazioni del perito nello scritto del 23 agosto 2010 (doc. AI 50-1), questo Tribunale ritiene che non sia possibile, in mancanza di ulteriori approfondimenti, stabilire con precisione quale sia l'entità della patologia depressiva dell'assicurata e la conseguente esigibilità lavorativa della stessa. È vero che, secondo un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. (= AJP 1/2002, p. 83); DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; RCC 1988 p. 504; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Basilea 2000, p. 269s.). Il TF ha affermato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. STF I 1102/06 del 31 gennaio 2008; STFA I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2). D'altra parte, tuttavia, questa Corte non può che rilevare come le affermazioni del perito contenute nello scritto del 23 agosto 2010 non sono convincenti e non aiutano a stabilire, con la necessaria tranquillità, la capacità lavorativa della ricorrente. Del resto va ricordato che il Tribunale federale - a proposito del principio sopra esposto secondo cui alle certificazioni del medico curante, anche se specialista, va riconosciuto un valore di prova limitato in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente - ha già avuto modo di

sottolineare che non va tuttavia dimenticata la potenziale forza dei rapporti del medico curante, alla luce del fatto che quest'ultimo ha l'occasione di osservare il paziente durante un periodo di tempo prolungato (cfr. Pladoyer 3/09 p. 74 e STF 9C_468/2009 del 9 settembre 2009; D. Cattaneo, in "Les expertises en droit des assurances sociales", in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 44-2010 pag. 124). In concreto, vista la lacunosità e la poca chiarezza delle affermazioni contenute nello scritto del 23 agosto 2010 del dr. med. _____, il TCA ritiene indispensabile un approfondimento della capacità lavorativa della ricorrente alla luce delle contestazioni del medico curante. 10. 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., l'allora 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, nella nota pubblicata in SJ 1993, p. 560. L'autore 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 (Ghélew, Ramelet, Ritter, op. cit., p. 176). Il risultato della giurisprudenza citata è - secondo l'autore - 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. Nemmeno l'argomento fondato sulla rapidità della procedura convince G. 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. anche la sentenza 9C_675/2009 del 28 maggio 2010, consid.8.3 dove l'Alta Corte ha rammentato che l'accertamento dei fatti incombe in primo luogo all'amministrazione in forza dell'obbligo derivante dall'art. 43 LPGA, secondo il quale l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno). In una sentenza del 17 novembre 2000 nella causa C., C 206/00, pubblicata in DLA 2001, p. 196s., la nostra Corte federale ha ricordato - facendo riferimento ad una sua pronunzia 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 ad un accertamento dei fatti che, come detto, si rivela lacunoso. Spettava all'UAI, in presenza di risposte poco chiare e lacunose del perito procedere a nuovi accertamenti. In queste condizioni, la decisione impugnata va annullata e l'incarto retrocesso all'amministrazione affinché proceda con un complemento peritale per stabilire precisamente ed oggettivamente l'effettiva e reale capacità lavorativa dell'insorgente nella precedente attività lavorativa e in ogni e qualsiasi attività. In questo contesto, rilevato che l'interessata è stata oggetto anche di una inchiesta per casalinghe, l'UAI dovrà verificarne le conclusioni, conformemente a quanto già deciso recentemente da questo TCA (cfr. sentenza 32.201.240 del 21 aprile 2011, sentenza 32.2010.173 del 24 novembre 2010 e sentenza 32.2010.182 del 10 dicembre 2010), sottoponendo l'esigibilità

delle singole mansioni, accertate in sede d'inchiesta economica, al vaglio di un medico specialista in psichiatria. Quanto alle possibili ripercussioni dell'attività lavorativa sull'attività domestica e viceversa, va rilevato che in DTF 134 V 9 il TF ha stabilito che una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'impedimento delle mansioni consuete in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività è da prendere in considerazione solo a determinate condizioni (consid. 7). L'Alta Corte ha in particolare evidenziato che la persona assicurata, nell'ambito dell'obbligo di ridurre il danno, deve comunque scegliere un'occupazione nella quale gli impedimenti hanno un impatto minimo, precisando che gli influssi tra le due attività sono inferiori tanto più le attività sono complementari (ad esempio laddove la tenuta dell'economia domestica è pesante fisicamente mentre l'attività lavorativa lo è intellettualmente). Il TF ha poi affermato che “ Damit die sich durch die schlechte Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung berücksichtigt werden kann, muss sie folglich offenkundig und unvermeidbar sein (beispielsweise körperlich anstrengende Berufs- und Haushaltsarbeit oder psychisch belastende berufliche und familiäre Situation [kranker Partner, behindertes Kind etc.]). ” e che “ Von einer vermeidbaren Wechselwirkung ist demgegenüber nach dem Gesagten auszugehen, wenn sie durch die - auf Grund der gesamten Umstände zumutbare - Wahl einer anderen Erwerbstätigkeit ausgeschlossen werden kann ”. In concreto dagli atti emerge che l'attività precedentemente svolta dall'interessata e che potrebbe eventualmente continuare a svolgere in misura parziale, riservato tuttavia il complemento peritale che l'UAI è chiamato ad esperire, è piuttosto di natura intellettuale e non pesante fisicamente (impiegata d'ufficio e di commercio non diplomata). Inoltre i periti si sono espressi sulla capacità lavorativa anche in ambito dell'attività di casalinga (doc. AI 38-25). Per cui, secondo questo TCA, viste le condizioni poste dall'Alta Corte per ritenere un'influenza reciproca sulle attività lavorativa e domestica, una perizia su questo punto non si impone. 11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, la domanda dell'assicurata tendente all'assunzione di ulteriori prove (in particolare l'allestimento di una perizia psichiatrica giudiziaria) va respinta. Va qui rammentato che conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). 12. Visto l'esito favorevole del ricorso, l'assicurata, patrocinata dalla RA 1 ha diritto al versamento da parte dell'Ufficio AI di ripetibili. 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 fr. 500.-- sono poste a carico dell'UAI.

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