

## **TI\_GERICHTE 32.2012.40 vom 6. Januar 2012**

TI Tribunale d'appello, 2012-01-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.40](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.40)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.40 du 6 janvier 2012

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.40 del 6 gennaio 2012

### **Regeste**

Decisione con la quale UAI, in applicazione del metodo misto, ha attribuito all'assicurata 1/4 di rendita dal 1.3.2011 va sostituita con attribuzione di 1/4 di rendita dal 1.2.2011, poi aumentata ad una rendita intera fino al 31.7.2011 e poi nuovamente 1/4 di rendita dal 1.8.2011

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C\_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: " (...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du

processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." Sul tema confronta la sentenza 9C\_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, nella quale l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la

fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) Il TF, in una sentenza 9C\_871/2010 del 25 febbraio 2011 pubblicata in SVR 2011 IV Nr. 56, ha esteso l'applicazione della giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivabile non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico. In tale contesto l'Alta Corte si è così espressa: " (...) 4.2 Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet. Ferner entschied das Bundesgericht in BGE 136 V 279, dass sich ebenfalls sinngemäss nach der in E. 4.1 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unzufällige HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)” 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 di specie, l'Ufficio AI ha fatto esperire una perizia pluridisciplinare affidata ai medici del SAM, i quali hanno valutato la patologia reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_) e psichiatrica (dr.ssa \_\_\_\_\_). L'aspetto reumatologico è stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale, nel suo referto

dell'11 luglio 2011, ha posto le diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di “1. sindrome del dolore cronico: DD sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme; 2. sindrome panvertebrale cronica su alterazioni degenerative sia a livello cervicale che dorsale e lombare (vedi referti degli esami di MRI eseguiti il 4 e 5.10.2010); clinicamente nessun segno per una radicolopatia cronica o acuta; DD nell'ambito della diagnosi 1; 3. cefalee croniche di origine verosimilmente mista (mio tensiva ed emicranica); 4. sindrome ansioso-depressiva cronica già da anni in trattamento”, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa ha indicato quelle di “colon irritabile; mastopatia fibrocistica; anamnesticamente tendenza all'ipertensione arteriosa; iperlipidemia attualmente non trattata” (doc. 50-26). Il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che, come già riscontrato sia dal dr. \_\_\_\_\_, sia dal dr. \_\_\_\_\_, l'assicurata presenta sia una sindrome fibromialgica, sia la presenza di alterazioni degenerative di una certa entità a livello cervicale e lombare, oltre ad un'ernia discale a livello Th7-Th8. Lo specialista ha aggiunto che “l'origine degli ormai cronici dolori lamentati dalla paziente è perciò multifattoriale. Da una parte sono presenti effettivamente delle discopatie di una certa rilevanza, che potrebbero almeno in parte spiegare i suoi dolori. Il quadro clinico che comunque si evince è quello di una sindrome del dolore cronico a carattere somatoforme; esso non corrisponde infatti neppure ad una “semplice” fibromialgia, in presenza di una diffusa dolenzia alla palpazione dell'intero sistema locomotore” (doc. 50-27). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto l'assicurata abile al lavoro al 70% (attività sull'arco di tutta la giornata, ma con una riduzione del rendimento del 30%) sia come casalinga, sia nello svolgimento di attività fisicamente leggere, mentre nello svolgimento di attività medio-pesanti ha considerato l'interessata abile al lavoro nella misura del 50% (doc. 50-27). Infine, il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che “la prognosi valetudinaria dell'assicurata non dipende dalle patologie ortopedico-reumatologiche, bensì da quelle psichiatriche, che attualmente, a mio parere, maggiormente influenzano il suo generale benessere psico-fisico e di conseguenza la possibilità di svolgere un'attività lavorativa/lucrativa” (doc. 50-28). L'aspetto neurologico è invece stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 3 giugno 2011, ha posto la diagnosi di “probabile emicrania senza aura” (doc. 50-33). Quanto alla capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che “dalla diagnosi suddescritta non risulta nessuna incapacità lavorativa permanente per il lavoro abituale della paziente di casalinga, solo occasionalmente e temporaneamente le emicranie possono determinare un'incapacità lavorativa per breve durata” (doc. 50-33). L'aspetto psichico è, infine, stato vagliato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, la quale, nel suo referto del 19 agosto 2011, ha posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD10-F33.1); disturbo algico cronico associato con fattori psicologici e con una condizione medica generale (DSM IV-F45.4); altri disturbi di personalità (ICD10-F61)” (doc. 50-38). A proposito della capacità lavorativa, la specialista ha considerato che l'assicurata abbia presentato un periodo di totale incapacità lavorativa dal mese di maggio 2009 al mese di agosto 2009, seguito da un periodo di incapacità lavorativa del 30% dal mese di settembre 2009 fino al mese di dicembre 2010. Ella ha poi presentato un peggioramento delle sue condizioni psichiche, che ha comportato un nuovo periodo di totale incapacità lavorativa dal mese di gennaio 2011 al mese di maggio 2011, dopodiché, a partire dal mese di giugno 2011, è da ritenere inabile al lavoro nella misura del 50% (rendimento ridotto) nello svolgimento di attività lavorative adeguate, mentre presenta una riduzione del rendimento del 40% quale casalinga (doc.

50-42). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 21 settembre 2011, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali dell'assicurata presso il citato centro d'accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "1. sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità; 2. disturbo algico cronico associato con fattori psicologici e con una condizione medica generale; 3. altri disturbi di personalità; 4. sindrome del dolore cronico, DD: sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme; 5. sindrome panvertebrale cronica su alterazioni degenerative sia a livello cervicale che dorsale e lombare (vedi referti degli esami di MRI eseguiti il 4 e il 5.10.2010); clinicamente nessun segno per una radicolopatia cronica o acuta; DD: nell'ambito della diagnosi di sindrome del dolore cronico", mentre quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di "probabile emicrania senz'aura; noto colon irritabile; nota mastopatia fibrocistica" (doc. 50/14-15). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata, a partire dal mese di giugno 2011, abile al lavoro nella misura del 50% (riduzione del rendimento) sia nella precedente attività di impiegata di banca, sia in altre attività adeguate, mentre hanno considerato che nell'attività di casalinga ella presenti una riduzione del rendimento del 40% (doc. 50/19-21). Quanto all'evoluzione dell'incapacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l'interessata totalmente inabile al lavoro dal mese di maggio 2009 fino al mese di agosto 2009; poi inabile al lavoro nella misura del 30% dal mese di settembre 2009 fino al mese di dicembre 2010; in seguito, nuovamente inabile al lavoro al 100% dal mese di gennaio 2011 al mese di maggio 2011, dopodiché ella è da considerare inabile al lavoro nella misura del 50% in attività adeguate e al 40% quale casalinga (doc. 50-21). I medici del SAM hanno ritenuto che "le incapacità lavorative descritte dai nostri consulenti non debbano essere sommate, in quanto tutte le patologie descritte dai nostri consulenti (che in parte si sovrappongono) che causano una limitazione della capacità lavorativa comportano delle riduzioni del rendimento che si sovrappongono" (doc. 50-21).

2.9. In sede ricorsuale l'assicurata ha contestato la decisione con la quale l'UAI le ha attribuito un quarto di rendita di invalidità dal 1° marzo 2011, trasmettendo il seguente referto, datato 3 febbraio 2012, redatto dal suo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia e indirizzato al suo rappresentante legale: " Come discusso con la paziente e con lei ritengo non accettabile la presa di posizione da parte dell'Assicurazione Invalidità per la mia paziente RI 1 che seguo ormai da moltissimi anni. Ho letto attentamente la valutazione effettuata questa volta dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ per conto dell'AI, dove a fronte della riconferma integrale delle diagnosi da me poste già da anni viene squalificata la mia valutazione puntuale nel corso degli anni della capacità lavorativa. La perizia tende a coprire a posteriori la valutazione già esperita per conto dell'Assicurazione dal dottor \_\_\_\_\_, dove non veniva neanche riconosciuto il quadro clinico lamentato da anni dalla paziente. Le confermo quindi che le condizioni della paziente sono tali da giustificare una incapacità lavorativa completa come da me già certificato nel corso del tempo, contrariamente a quella, dopo molti ricorsi, accertata adesso dall'Ufficio Invalidità. Mi riservo di approfondire in modo più dettagliato questo parere non avendo al momento il tempo di necessario per poterlo fare adesso." (Doc. E) Nelle annotazioni del 14 febbraio 2012, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina generale e la dr.ssa \_\_\_\_\_, psichiatra del SMR (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13) , hanno osservato: " (...) 7.2.2012 Ricorso al TCA: vengono prodotti: 25.11.2010: rapporto clinica \_\_\_\_\_ (precedente la perizia SAM): diagnosi di sindrome algica cervicocefalica e lombovertebrale; assenza di sintomatologia

radicolare o deficit neurologici oggettivabili. 3.2.2012 lettera dr. \_\_\_\_\_: ritiene non accettabile la presa di posizione dell'UAI basata sulla valutazione. A suo giudizio le condizioni della paziente sono tali da giustificare un'incapacità lavorativa completa. L'attuale documentazione medica non fornisce elementi che permettano di discostarsi dalle conclusioni basate sulle valutazioni peritali effettuate, che quindi si riconfermano." (Doc. IV/bis) 2.10. In corso di causa, il TCA ha interpellato i medici del SAM, chiedendo loro di sottoporre le contestazioni del dr. \_\_\_\_\_ al vaglio della dr.ssa \_\_\_\_\_ al fine di indicare "se condivide o meno e per quali motivi le considerazioni espresse dal dr. \_\_\_\_\_, precisando le ragioni per le quali ritiene che, malgrado il parere dello psichiatra curante, che segue l'assicurata fin dal 1995 e nonostante lei stessa abbia indicato in sede peritale di scostarsi dalle conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ sia con riferimento alle diagnosi, sia in relazione alla percentuale di inabilità lavorativa da riconoscere all'interessata per il periodo compreso fra il mese di maggio 2009 e il mese di agosto 2009, vadano invece confermate le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ a proposito di una capacità lavorativa del 30% come indicato nella precedente perizia psichiatrica, ma non a partire da gennaio 2009, come ritenuto dal dr. \_\_\_\_\_, ma a partire dal mese di settembre 2009" (doc. VI). Con scritto del 13 settembre 2012, i medici del SAM hanno risposto: " (...) Abbiamo pertanto messo a disposizione la documentazione inviata alla nostra consulente psichiatra dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, \_\_\_\_\_, che nel suo rapporto medico del 28.8.2012 ci ha fatto pervenire la sua presa di posizione, che riportiamo integralmente e con cui ci allineiamo: "In merito allo scritto del 13.07.2012 da parte del Tribunale cantonale delle assicurazioni relativo all'Assicurata citata a margine, ribadisco quanto rilevato nelle conclusioni della mia perizia psichiatrica del 19.8.2011: un'incapacità lavorativa nella misura del 100% viene stabilita a partire dal mese di maggio 2009, quando a seguito della morte del padre l'Assicurata sviluppa un episodio depressivo medio-grave, per cui riprende nel mese di maggio 2009 ad essere seguita a livello psichiatrico dal dr. \_\_\_\_\_ tramite una terapia psicofarmacologica e di supporto psicoterapico. Grazie alle cure intraprese le sue condizioni psichiche migliorano gradualmente, in modo tale che nel settembre 2009 l'esame peritale effettuato da parte del dr. \_\_\_\_\_ per conto del Centro Peritale per le Assicurazioni Sociali, permette di rilevare delle menomazioni qualitative e quantitative a livello psicologico e mentale riguardanti una condizione ansioso depressiva di lieve-media entità, che va giustamente collocata a livello diagnostico nell'ambito di una sindrome depressiva ricorrente, anziché di una sindrome mista ansioso depressiva, ma ciò non comporta ad ogni modo una modifica delle condizioni cliniche allora oggettivate dal perito, con sintomi depressivi di entità lieve-media, per cui l'Assicurata viene valutata abile nella misura del 70%. Sulla base pertanto dei dati clinici e soggettivi anamnestici, un'incapacità lavorativa nella misura totale contrariamente a quanto stabilito dal perito dr. \_\_\_\_\_ è giustificata da maggio 2009 fino al mese di agosto 2009: dal momento dell'esame peritale in relazione al quadro clinico obiettivato dal perito, l'Assicurata può essere valutata abile nella misura del 70%. Con ciò non si vuole squalificare la valutazione da parte dello psichiatra curante dr. \_\_\_\_\_: si conferma infatti la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente ed un'incapacità lavorativa nella misura totale a partire dal mese di maggio 2009, ma l'entità del disturbo a partire dal mese di settembre 2009 non risulta influire in maniera totalmente invalidante sulla capacità lavorativa rispetto l'esordio. A seguito della morte della madre avvenuta nel gennaio 2011, l'Assicurata ha presentato una riacutizzazione con nuovo scompenso depressivo e compromissione della funzionalità lavorativa nella misura totale,

ma per un periodo transitorio e limitato fino al mese di maggio 2011. Da allora si constata la presenza manifesta di un disturbo algico cronico in comorbidità con altri disturbi di personalità (ICD10-F61) ed una sindrome depressiva ricorrente senza un recupero interepisodico completo, con attuale episodio di media gravità (ICD10-F33.1). Rispetto quindi i criteri di Förster in merito ai disturbi somatoformi non si rileva pertanto una comorbidità psichica di notevole gravità ed intensità; tramite la continuazione delle cure psichiatriche l'Assicurata può conservare una certa stabilità psicofisica e prevenire il rischio che la condizione attuale evolva verso un quadro ben più grave ed invalidante. Un'intensificazione del supporto psicoterapico al riguardo può rivelarsi efficace ed influenzare ancora in modo favorevole il decorso. Non si è inoltre osservata una compromissione significativa del funzionamento familiare o una marcata perdita di integrazione sociale nei vari ambiti della vita. Nonostante sia costantemente disturbata dalla presenza di sintomi dolorosi, dal senso di affaticabilità, l'Assicurata cerca di reagire, di condurre una vita normale, di occuparsi delle normali attività quotidiane e della propria famiglia, dimostrando un atteggiamento positivo: l'Assicurata si occupa delle faccende domestiche nel limite delle sue possibilità, per la spesa viene accompagnata dal marito, la sera prepara la cena anche per il fratello, del quale in passato si è sempre occupata la madre, poiché affetto da handicap psicofisici non completamente autosufficiente, esce per delle passeggiate, legge, guarda la tivù, buoni vengono definiti i rapporti di coppia ed interfamiliari, con le proprie sorelle, con la figlia attualmente all'estero si sente regolarmente al telefono. Durante la stagione estiva insieme al marito trascorre dei periodi al \_\_\_\_\_ dove hanno un appartamento di vacanza, possono fare delle belle passeggiate e l'Assicurata si sente più serena e tranquilla. L'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche con un decorso patologico di più anni, l'insuccesso dei vari trattamenti terapeutici intrapresi, nonostante la collaborazione da parte dell'Assicurata, rendono la prognosi incerta, ma il quadro clinico attualmente obiettivamente adempie solo parzialmente i criteri di Förster, per cui il disturbo somatoforme non risulta essere nel caso in esame di gravità tale da determinare una restrizione totale della capacità di lavoro; a livello psichico si rilevano pertanto le condizioni necessarie e le risorse psichiche affinché si possa esigere da parte dell'Assicurata un particolare impegno per sormontare il dolore e mettere in valore la sua capacità di lavoro residua." (Doc. VIII) L'assicurata ha poi trasmesso i seguenti referti: - scritto del 3 agosto 2011 del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in anesthesiologia e Viceprimario del Centro per la terapia del dolore dell'E \_\_\_\_\_, indirizzato al neurologo dr. \_\_\_\_\_, del seguente tenore: " (...) Il risultato dell'infiltrazione periradicolare a distanza di 10 giorni ha portato ad una diminuzione del dolore non significativa. A mio avviso non sono quindi indicate ulteriori procedure semi-invasive. Il quadro algico al momento è stabile e sembra leggermente migliorato dopo la prescrizione di Arcoxia e Amitriptilina da parte del dr. \_\_\_\_\_. Ho consigliato alla paziente di continuare con la terapia attuale e segnalare tempestivamente l'eventuale comparsa di deficit di forza o sensibilità agli arti. Sarebbe probabilmente indicato ripetere una visita neurologica al fine di tenere monitorizzata l'iniziale sofferenza midollare." (Doc. G1) - referto del 3 febbraio 2012 del dr. \_\_\_\_\_, già presente agli atti (doc. G2). Nelle annotazioni del 15 ottobre 2012, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " Attuale nuova documentazione medica: rapporto dr. \_\_\_\_\_ del 3.8.2012: - infiltrazione periradicolare non ha portato a diminuzione del dolore non significativa - si consiglia di ripetere una visita neurologica per tenere monitorizzata l'iniziale sofferenza midollare valutazione: - l'irradiazione nella gamba sinistra è già stato descritto e valutato in ambito

SAM, la non risposta all'infiltrazione periradicolare parla contro una problematica radicolare ma conferma piuttosto la valutazione espressa da parte del perito dr. \_\_\_\_\_ - i referti radiologici citati dal dr. \_\_\_\_\_ erano già stati valutati in occasione della valutazione SAM." (Doc. XV/bis) 2.11. Per costante giurisprudenza (cfr. STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). 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 ). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie amministrative dei servizi medici di accertamento (SAM), sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il Tribunale Federale ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. In una sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011, pubblicata in DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha preso posizione sulle critiche della giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (SAM; Art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie é di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il Tribunale federale ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: (a livello amministrativo) - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); (a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza) In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico

dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Infine, il Tribunale federale ha concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). 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). Al riguardo la giurisprudenza federale sottolinea costantemente che occorre tenere conto della differenza a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2). 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. CFP, 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 premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto 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). 2.12. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve concludere che non vi è motivo per distanziarsi dalla valutazione peritale pluridisciplinare dei medici del SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati.

Nel rapporto peritale del 21 settembre 2011, i medici del SAM, tenuto conto delle affezioni somatiche e psichiche accertate in sede peritale, hanno ritenuto l'interessata abile al lavoro al 50% in attività lavorative adeguate e al 60% come casalinga (doc. 50/19-21). Il TCA, nonostante le contestazioni dell'assicurata, non ha motivo di distanziarsi da queste conclusioni dei medici del SAM, per i motivi di seguito esposti. Dal profilo reumatologico, il TCA concorda con le accurate valutazioni del dr. \_\_\_\_\_ – a mente del quale l'assicurata, affetta oltre che da una fibromialgia, anche da alterazioni degenerative di una certa entità a livello cervicale e lombare e da un'ernia discale a livello Th7-Th8, comportanti un'inabilità lavorativa del 30% sia in attività leggere, che quale casalinga - che, del resto, non sono state smentite da altre certificazioni medico-specialistiche attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Quanto agli aspetti neurologici, il referto del 3 agosto 2011 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. G1) prodotto dall'assicurata in corso di causa non è atto a smentire quanto valutato in sede peritale dal dr. \_\_\_\_\_: come indicato dal dr. \_\_\_\_\_ del SMR nelle annotazioni del 15 ottobre 2012, infatti, i referti radiologici citati dal dr. \_\_\_\_\_ erano già stati valutati in occasione della perizia SAM e la “non risposta all'infiltrazione periradicolare” conferma la valutazione espressa dal dr. \_\_\_\_\_ (doc. XV/bis). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni del medico del SMR. Infine, a proposito della patologia psichiatrica, il TCA concorda con la valutazione peritale espressa dalla dr.ssa \_\_\_\_\_, la quale ha considerato che l'assicurata, affetta da “sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD10-F33.1); disturbo algico cronico associato con fattori psicologici e con una condizione medica generale (DSMIV-F45.4); altri disturbi di personalità (ICD10-F61)”, vada ritenuta totalmente inabile al lavoro dal mese di maggio 2009 al mese di agosto 2009; inabile al lavoro al 30% dal mese di settembre 2009 fino al mese di dicembre 2010; nuovamente totalmente inabile al lavoro dal mese di gennaio 2011 al mese di maggio 2011 e, infine, a partire dal mese di giugno 2011, abile al lavoro al 50% in attività lavorative adatte, mentre quale casalinga presenti una diminuzione del rendimento del 40% “in relazione a tempi e ritmi di lavoro più rallentati” (doc. 50-44). La dr.ssa \_\_\_\_\_, in sede peritale, ha espressamente indicato di concordare con le diagnosi poste dallo psichiatra curante, sottolineando tuttavia che “sulla base dell'attuale valutazione psichiatrica, in considerazione della documentazione medica, dei dati anamnestici, dell'esame psichico, è possibile dunque confermare la presenza di un disturbo depressivo ricorrente in comorbidità con un disturbo algico cronico e persistente, associato sia a fattori psicologici, sia a una condizione fisica in grado di spiegare il dolore, ma non la sua gravità e durata, né il grado di invalidità che ne risulta” (doc. 50-40). Le considerazioni di senso contrario espresse dallo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, nello scritto del 3 febbraio 2012 – nel quale ha rilevato che l'interessata, affetta dalle patologie riconosciute anche in sede peritale, va considerata, contrariamente a quanto preteso dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ totalmente inabile al lavoro (doc. E) – non possono

essere condivise da questo Tribunale, alla luce delle motivazioni fornite, su esplicita richiesta del TCA, dalla stessa dr.ssa \_\_\_\_\_ e condivise dai medici del SAM. Nella sua presa di posizione del 28 agosto 2012, difatti, la dr.ssa \_\_\_\_\_ - chiamata dal TCA a precisare le ragioni per le quali ella ha valutato la capacità lavorativa residua dell'interessata in maniera diversa rispetto a quanto ritenuto dal dr. \_\_\_\_\_ - ha spiegato in maniera puntuale le ragioni per le quali ella, contrariamente allo psichiatra curante, ha ritenuto di poter riconoscere all'assicurata una totale inabilità lavorativa "solo" limitatamente a due periodi di tempo ben determinati, ma non in relazione ad altri periodi. Ella ha infatti evidenziato che l'assicurata ha subito degli scompensi depressivi medio-gravi a seguito della morte dapprima del padre e, in un secondo momento della madre, giustificanti una totale incapacità lavorativa relativamente ai periodi compresi fra il mese di maggio 2009 e il mese di agosto 2009 e, successivamente, dal mese di gennaio 2011 fino al mese di maggio 2011; in seguito, tuttavia, grazie alle cure psichiatriche del dr. \_\_\_\_\_, le condizioni psichiche dell'assicurata sono gradualmente migliorate, facendole presentare, al momento del precedente esame peritale da parte del dr. \_\_\_\_\_, eseguito nel mese di settembre 2009, una condizione ansioso-depressiva di lieve-media entità, comportante una inabilità lavorativa del 30% e, a partire dal mese di giugno 2011 (momento dell'esame peritale da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_), una sindrome depressiva ricorrente, con episodio attuale di media gravità, giustificante un'incapacità lavorativa del 50% e una limitazione, quale casalinga, del 40%. Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni espresse dalla specialista in psichiatria, che illustrano in maniera ben motivate le ragioni per le quali ella ha ritenuto di dover graduare la capacità lavorativa residua dell'interessata a seconda del grado di gravità (di entità lieve-media, media o media-grave) dei disturbi depressivi da quest'ultima presentati. In tale contesto, va rilevato che, in una precedente causa decisa da questo Tribunale (cfr. STCA 32.2007.323 del 4 febbraio 2009) concernente un altro assicurato, lo specialista in psichiatria incaricato dall'amministrazione di svolgere una perizia aveva posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (ICD10-F33.1), ritenendo l'assicurato in questione inabile al lavoro al 50%. In corso di causa, quell'assicurato ha, per contro, prodotto un referto redatto da alcuni specialisti in psichiatria da lui privatamente consultati, dal quale emergeva la diagnosi di disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale severo senza sintomi psicotici (ICD0-F33.2), patologia che comportava, a mente degli specialisti interpellati, una totale incapacità lavorativa. In quell'occasione, il TCA ha chiesto sia agli specialisti consultati dall'assicurato, sia al perito dell'amministrazione, di spiegare in cosa consistesse la differenza tra episodio depressivo medio e grave. Il perito dell'amministrazione ha spiegato che, in base al sistema diagnostico ICD-10, un episodio depressivo implica che il paziente presenti alcuni elementi psicopatologici. A seconda del numero e della gravità dei sintomi presenti, un episodio depressivo può essere classificato come lieve, moderato oppure grave. I sintomi cui il perito ha fatto riferimento sono i seguenti: - depressione del tono dell'umore; - riduzione dell'energia, stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo; - diminuita attività; - ridotta capacità di provare piacere e interesse; - l'umore varia poco da giorno a giorno ed è spesso insensibile alle circostanze. Analizzando i sintomi appena elencati con riferimento a quanto da lui stesso constatato in occasione della perizia della primavera 2007, il perito è giunto alla conclusione che "essi paiono moderatamente compromessi, ma non in misura completa." Il TCA ha quindi concluso che, fino al momento di emanazione della decisione impugnata, che delimita il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, l'assicurato era da considerare abile al lavoro al 50%,

ritenendo che il peggioramento delle condizioni di salute dell'interessato, con passaggio del disturbo depressivo ricorrente da una gravità media ad una gravità severa, fosse da valutare in sede di revisione. A proposito dei sintomi sopra elencati, l'Organizzazione mondiale della salute, in "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, decima revisione, [ICD-10]" e l'Ufficio federale di statistica, in "ICD-10-GM 2010. Indice sistematico – Versione italiana. Tomo 1 (capitolo I–XI). Agosto 2011", hanno indicato che "negli episodi tipici lievi (F32.0), di media gravità (F32.1) o gravi (F32.2 e F32.3), il paziente presenta abbassamento del tono dell'umore, riduzione dell'energia e decremento dell'attività. Sono compromessi la capacità di provare piacere, l'interesse e la concentrazione, ed è comune una stanchezza marcata dopo ogni sforzo anche minimo. Il sonno è di solito disturbato e l'appetito è diminuito. Sono quasi sempre ridotte l'autostima e la fiducia in se stessi, ed anche nelle forme lievi sono spesso presenti idee di colpa e di inutilità. L'abbassamento del tono dell'umore si modifica scarsamente da un giorno all'altro, non è correlato alle circostanze e può essere accompagnato da sintomi cosiddetti somatici, come la perdita dell'interesse e dei sentimenti piacevoli, il risveglio mattutino parecchie ore prima del solito, il peggioramento mattutino della depressione, il rallentamento psicomotorio accentuato, l'agitazione, la perdita dell'appetito, la perdita di peso e la riduzione della libido. In relazione al numero ed alla gravità dei sintomi, un episodio depressivo può essere classificato come lieve, di media gravità o grave". A quest'ultimo riguardo, hanno ricordato che, in un episodio depressivo lieve, cifra F32.0, "sono generalmente presenti almeno due o tre dei sintomi sopra indicati. Il paziente è in genere sofferente a causa di essi, ma è in grado di continuare la maggior parte delle sue attività abituali"; in un episodio depressivo di media gravità, cifra F32.1, "sono in genere presenti quattro o più dei sintomi sopraindicati ed il soggetto ha grandi difficoltà a continuare le sue attività abituali"; in un episodio depressivo grave senza sintomi psicotici, cifra F32.2, "molti dei sintomi sono marcati e penosi, tipicamente la perdita dell'autostima e le idee di colpa o di inutilità. Sono comuni propositi e atti suicidari ed è in genere presente un certo numero di sintomi somatici" e, infine, in un episodio depressivo grave con sintomi psicotici, cifra F32.3, l'episodio depressivo è "simile a quello descritto in F32.2, ma con presenza di allucinazioni, deliri, ritardo psicomotorio o stupor, così gravi da rendere impossibili le normali attività sociali. Vi può essere pericolo di morte per suicidio, disidratazione ed inedia. Le allucinazioni ed i deliri possono o meno essere congrui all'umore". Il TCA ritiene che la valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_, la quale ha dettagliatamente esposto quale sia stata l'evoluzione degli stati depressivi dell'interessata nel corso degli anni, tenga adeguatamente conto delle indicazioni appena esposte. Infine, il TCA rileva che la dr.ssa \_\_\_\_\_ nella risposta del 28 agosto 2012 alla richiesta di precisazioni da parte del TCA, ha ritenuto di non poter concordare con la valutazione di una totale incapacità lavorativa posta dallo psichiatra curante dato che, al momento della sua valutazione peritale, il quadro clinico obiettivo "adempie solo parzialmente i criteri di Förster, per cui il disturbo somatoforme non risulta essere nel caso in esame di gravità tale da determinare una restrizione totale della capacità di lavoro; a livello psichico si rilevano pertanto le condizioni necessarie e le risorse psichiche affinché si possa esigere da parte dell'Assicurata un particolare impegno per sormontare il dolore e mettere in valore la sua capacità di lavoro residua" (doc. VIII/1). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_. La risposta fornita dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ ha dunque permesso di chiarire la questione controversa (cfr. STF 9C\_203/2008 del 26 marzo 2009). Giova qui ricordare un principio ripetutamente riconosciuto dalla nostra Massima Istanza, quello

secondo il quale 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. STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; 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). Ad esempio, nella sentenza 9C\_289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), 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 méde-cins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)" L'Alta Corte ha nuovamente confermato la sua giurisprudenza nella STF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012, consid. 6.2, nella quale ha ribadito la correttezza della valutazione eseguita dai periti del Centro peritale, anziché quella del curante, osservando che " a ciò si aggiunge che la valutazione del primo giudice tiene meglio conto della differenza, a livello probatorio, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr., tra le tante, sentenza 9C\_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti)". Questa Corte ritiene pertanto che lo stato di salute dell'assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_. Si ricorda tuttavia che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti dell'assicurata nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice. Nel caso concreto, siccome la perizia del SAM rispetta i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.11.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata sia stata totalmente inabile al lavoro dal mese di maggio 2009 al mese di agosto 2009; inabile al lavoro al 30% dal mese di settembre 2009 fino al mese di dicembre 2010; nuovamente totalmente inabile al lavoro dal mese di gennaio 2011 al mese di maggio 2011 mentre, a partire dal mese di giugno 2011, la stessa sia inabile nella misura del 50% in attività lavorative adatte, mentre quale casalinga

presenta una diminuzione del rendimento del 40%. Infine, i medici del SAM hanno ritenuto non cumulabili le percentuali di incapacità lavorativa stabilite dai consulenti esperti in reumatologia e in psichiatria “in quanto tutte le patologie descritte dai nostri consulenti (che in parte si sovrappongono) che causano una limitazione della capacità lavorativa comportano delle riduzioni del rendimento che si sovrappongono” (doc. 50-21). Il TCA non ha motivo per discostarsi da questa conclusione, concernente una questione prettamente medica, scaturita dopo ponderata discussione collegiale fra tutti gli esperti interessati, la quale di principio non può essere rimessa in discussione dal giudice (v. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, in R DAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; STF 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012, consid. 3.3.3.), tanto meno in assenza di convincente smentita specialistica. 2.13. Accertato che RI 1, prima dell’insorgenza del danno alla salute, non esercitava un’attività lucrativa, non è possibile applicare nei suoi confronti il concetto dell’incapacità di guadagno poiché - in simili condizioni - l’invalidità non può cagionare una vera e propria perdita di guadagno. Pertanto, in applicazione del cosiddetto metodo specifico (cfr. consid. 2.3.), l’invalidità dell’assicurata è da stabilire confrontando le singole attività nell’economia domestica ancora accessibili alla richiedente la rendita AI, con i lavori che può eseguire una persona sana, secondo le regole stabilite dalla prassi amministrativa e riportate alle cifre 2122 e ss nelle Direttive UFAS sull’invalidità e la grande invalidità in vigore dal 1. gennaio del 1990. In particolare la cifra 2124 prevede: " in occasione dell'esame dell'impedimento - dovuto all'invalidità - riscontrato presso una persona occupata nell'economia domestica, ci si basa generalmente sulla ripartizione dei lavori esistenti prima dell'insorgere dell'invalidità. In primo luogo si deve tuttavia esaminare se l'assicurato non ha la possibilità di usare meglio la sua residua capacità di lavoro mediante un'altra ripartizione dei compiti." La cifra 2122 prevede che: " Quale regola generale si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva.

Lavori famiglia che	Economia senza figli e senza richiedono cure %	membri di
domestica, (pianificazione, organizzazione del lavoro, controllo	1. Conduzione dell'economia	
5 2. Spese e acquisti diversi	10 3. Alimentazione	
(preparazione dei pasti, lavori di pulizia della cucina)		40 4.
Pulizia dell'appartamento	10 5. Bucato, pulizia dei vestiti, confezione e	
trasformazione degli abiti, (cucito, maglia, uncinetto)		10
6. Cura dei figli e di altri membri della famiglia		--- 7.
Diversi (cura di terzi, cura delle piante e degli animali, giardinaggio)		
5 8. Altre attività (p. es. aiuto alla famiglia stessa, attività di utilità pubblica,		
perfezionamento, creazione artistica, attività superiore alla media nella confezione e nella	20" In Pratique VSI 1997 pag.	
trasformazione dei vestiti).	299ss, l'UFAS ha precisato di aver emesso delle direttive supplementari (supplemento 1 alle	
Direttive sull'invalidità e sulla grande invalidità, valido dal 1. gennaio 1993) che accordano		
il diritto agli Uffici AI dei diversi cantoni di valutare la sfera di competenze di una persona		
attiva nell'economia domestica su casi differenti (cifre 2127ss.). In una sentenza del 17		
febbraio 1997 nella causa M.T. (pubblicata in Pratique VSI 1997 pag. 298ss) il TFA ha		
stabilito che il complesso delle occupazioni abituali degli assicurati attivi in ambito		
domestico deve corrispondere, in ogni caso, ad un valore pari al 100%. Una		
differenziazione che si orienta alle dimensioni dell'economia domestica con la conseguenza		
che, in caso di economia domestica di dimensioni ridotte si ammetterebbe un aggravio		

complessivo inferiore al 100%, è contrario alla legge e alle ordinanze. Inoltre nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CII), in vigore dal 1° gennaio 2000, l'UFAS, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera (cfr. Circa 3097), ha previsto una nuova ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo - che nel caso concreto risultano essere stati rispettati - attribuibile a ciascuna di esse. In particolare la Circa 3095 prevede: " Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva: Attività Minimo % Massimo % 1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo) 2 5 2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento) 10 50 3. Pulizia dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti) 5 20 4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici) 5 10 5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe) 5 20 6. Accudire i figli o altri familiari 0 30 7. Altre attività (p.es. curare i malati, curare le piante e il giardino, tenere animali domestici, cucire abiti, lavori di volontariato, corsi di perfezionamento, attività creative)\* 0 50 \* Va escluso l'impiego del tempo libero (N. 3090)." Mentre alle Circa 3096 e ss. si legge ancora: " Il totale delle attività dev'essere sempre del 100 % (Pratique VSI 1997 p. 298). Di norma, vanno applicate la ripartizione dei lavori e la valutazione dei singoli compiti di cui al N. 3095. I valori minimi e massimi servono alla parità di trattamento a livello svizzero ed offrono un margine per una valutazione realistica dei singoli casi. Un'altra valutazione può essere applicata soltanto in caso di divergenze molto forti dallo schema (RCC 1986 p. 244). All'occorrenza gli atti vanno sottoposti all'UFAS con una proposta. In virtù dell'obbligo di ridurre il danno, una persona deve contribuire quanto ragionevolmente possibile a migliorare la propria capacità lavorativa (p. es. metodo di lavoro confacente, acquisizione di impianti e apparecchi domestici adeguati N. 1045 e 3045 segg.). Essa deve ripartire meglio il suo lavoro e ricorrere all'aiuto dei membri della sua famiglia, nella misura abituale. Se non adotta questi provvedimenti volti a ridurre la sua invalidità, non sarà tenuto conto, al momento della valutazione dell'invalidità, della diminuzione della capacità di lavoro nell'ambito domestico." In una sentenza I 102/00 del 22 agosto 2000, l'Alta Corte ha nuovamente confermato la legittimità di queste direttive, in quanto il calcolo dell'invalidità ex art. 27 OAI deve essere effettuato valutando l'attività domestica secondo l'importanza percentuale delle singole summenzionate mansioni nelle circostanze concrete. Per quanto riguarda la determinazione dell'invalidità di persone occupate nell'economia domestica, il TFA ha inoltre già avuto modo di stabilire che - in linea di massima e senza valide ragioni - non vi è motivo di mettere in dubbio le conclusioni delle inchieste effettuate dai servizi sociali, in quanto essi dispongono di collaboratori specializzati, il cui compito consiste nel procedere a tali inchieste (AHI-Praxis 1997 p. 291 consid. 4a; ZAK 1986 p. 235 consid. 2d; RCC 1984 p. 143, consid. 5; STFA 22 agosto 2001 nella causa C.G., consid. 4, I 102/00). Un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui esso appaia chiaramente erroneo (DTF 128 V 93 consid. 4; STFA 11 agosto 2003 nella causa S. consid. 2, I 681/02). Se, tuttavia, non è possibile determinare con sufficiente certezza che l'impedimento è effettivamente dovuto all'invalidità, nella misura in cui l'incapacità di lavoro constatata dal medico non è unicamente teorica, questa risulta decisiva (Valterio, op. cit., p. 211; RCC 1989 p. 131 consid. 5b, 1984 p. 144 consid. 5). Nella già citata DTF 128 V 93, il TFA, a proposito del

valore probatorio di un rapporto d'inchiesta dell'ufficio AI, ha rilevato: " (...) 4.- Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung des Betreuungsaufwandes. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind - analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Obwohl von zentraler Bedeutung für die Beurteilung des Anspruchs auf Beiträge an die Hauspflege und im Hinblick auf die Beweiswürdigung regelmässig zumindest wünschenswert, besteht an sich keine strikte Verpflichtung, die an Ort und Stelle erfassten Angaben der versicherten Person (oder ihrem gesetzlichen Vertreter) zur Durchsicht und Bestätigung vorzulegen. Nach Art. 73bis Abs. 1 IVV genügt es, wenn ihr im Rahmen des Anhörungsverfahrens das volle Akteneinsichtsrecht gewährt und ihr Gelegenheit gegeben wird, sich zu den Ergebnissen der Abklärung zu äussern (vgl.-generell- BGE 125 V 404 Erw. 3, bie Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltsführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: Urteil S. vom 4. September 2001, I 175/01)." Il TFA ha inoltre 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 11 agosto 2003 nella causa S., I 681/02 e del 28 febbraio 2003 nella causa S., I 685/02). 2.14. Nell'evenienza concreta all'assicurata, nella decisione impugnata, è stato attribuito un quarto di rendita d'invalidità sulla base dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica svolta in data 12 ottobre 2011 (doc. 54-1). Nel rapporto del 25 ottobre 2011 (cfr. doc. 54-1 e segg.) l'ispettrice ha espresso la seguente valutazione: " (...) 5. ATTIVITÀ - descrizione degli impedimenti dovuti all'invalidità 5.1 Conduzione dell'economia domestica pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo importanza assegnata 5% percentuale degli impedimenti 40% percentuale di invalidità 2% L'assicurata lamenta un costante senso di sfinimento, sia fisico che psichico. Di notte dorme poco e male e al mattino appena svegliata già si sente stanca. L'avvio di giornata è molto lento e faticoso. Le scarse energie psicofisiche tendono inoltre ad esaurirsi rapidamente, lasciandola priva di slanci e iniziative. Fatica anche a

concentrarsi e a mantenere l'attenzione e l'ansia è come se la paralizzasse. Le giornate vengono di conseguenza modellate sullo stato di salute del momento. Nulla può essere pianificato con anticipo. Per quanto riferito, compatibile con l'ampia documentazione medica presente all'incarto e le risultanze peritali, valuto in misura del 40% la percentuale di impedimento in questo particolare ambito, considerato il rallentamento psico-fisico e il minor rendimento .

5.2 Alimentazione preparazione dei pasti, pulizia della cucina, riserve importanza assegnata 45% percentuale degli impedimenti 40% percentuale di invalidità 18% L'assicurata lamenta uno scarso appetito. Si nutre più per dovere che per piacere. E si rivolge al marito per stabilire il menu giornaliero. Il consorte collabora fattivamente alla preparazione del pasto serale, al quale partecipa anche il fratello dell'assicurata (malato e beneficiario di rendita AI). Il pasto serale è così più impegnativo. L'assicurata arriva però a sera particolarmente stanca, in ragione del complessivo stato di salute. La signora RI 1 è molto grata al marito di venirle in soccorso e di mostrarsi comprensivo riguardo alle sue condizioni di salute. L'assicurata riferisce che il marito ha a suo tempo optato per il pre-pensionamento a 60 anni proprio per venirle in aiuto, sapendola in difficoltà. Il pasto di mezzogiorno è di regola semplice e di veloce preparazione e l'assicurata vi provvede di persona. Il riordino del locale viene effettuato in collaborazione con il marito a cui sono invece interamente demandate le pulizie approfondite e stagionali della cucina. E questo in ragione del complessivo stato di salute dell'assicurata. Per quanto riferito, compatibile con l'ampia documentazione medica presente all'incarto e le risultanze peritali, valuto in misura del 40% la percentuale di impedimento in questo particolare ambito, considerato anche il minor rendimento. La collaborazione del marito, pensionato, è da ritenersi perlomeno in parte esigibile .

5.3 Pulizia dell'appartamento rispolvero, pulizia dei pavimenti, dei vetri, rifare i letti, ecc. importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 60% percentuale di invalidità 12% L'assicurata si limita al riordino dei locali, allo spolvero ad altezza della mobilia, alla pulizia delle vaschette, al rifacimento del letto. Effettua queste semplici incombenze suddividendole su più momenti nel corso della giornata ed alternando l'attività a momenti di riposo. Al termine del lavoro, pur poco impegnativo a livello fisico, si sente comunque sfinita. In tutte le rimanenti mansioni di pulizia della casa, sia ordinarie (come passare l'aspirapolvere, lavare i pavimenti, pulire i bagni) che stagionali (vetri, stipiti, tende, ecc.) è da tempo interamente sostituita dal marito, in ragione del complessivo stato di salute. Anche le pulizie del pianerottolo e della rampa delle scale esterna sono da anni delegate in toto al consorte, in ragione del complessivo stato di salute. Per quanto riferito , compatibile con l'ampia documentazione medica presente all'incarto e le risultanze peritali, valuto in misura del 60% la percentuale di impedimento in questo particolare ambito, considerato anche il minor rendimento. La collaborazione del marito, pensionato, è da ritenersi solo in parte esigibile .

5.4 Spesa e acquisti diversi compresi pagamenti, trattative assicurazioni e rapporti ufficiali importanza assegnata 10% percentuale degli impedimenti 30% percentuale di invalidità 3% L'assicurata ha la patente, ma da diversi anni ha rinunciato alla guida dell'automobile in seguito al graduale peggiorare delle condizioni di salute. Lamenta infatti difficoltà di concentrazione e minor capacità di reazione agli eventi. Mal sopporta inoltre le situazioni di stress e confusione. Nei negozi il più delle volte sente il bisogno di essere accompagnata dal marito, la cui presenza ha carattere rassicurante. Non sempre si sente però di uscire di casa, pur accompagnata, e in queste occasioni delega i necessari acquisti interamente al coniuge, limitandosi ad indicare quanto le occorre. Accade però anche che si rechi da sola, a piedi, nei negozi presenti in centro paese per effettuare una piccola spesa giornaliera. Questi episodi sono però piuttosto sporadici. Per quanto

riguarda la gestione amministrativa e contabile, la signora RI 1 dichiara di preparare le cedole di versamento, ma è oggi il marito a recarsi all'ufficio postale per i pagamenti di fine mese. Per quanto riferito, compatibile con l'ampia documentazione medica presente all'incarto e le risultanze peritali, valuto in misura del 30% la percentuale di impedimento in questo particolare ambito domestico. La collaborazione da parte del marito, pensionato, è infatti da ritenersi esigibile . 5.5 Bucato, confezione e riparazioni di indumenti lavare, stendere, stirare, cucire, lavorare a maglia, ecc. importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 30% percentuale di invalidità 6% L'assicurata ha acquistato alcuni anni orsono una lavatrice personale, che ha collocato in bagno, proprio allo scopo di semplificarci la mansione del bucato, che diveniva viepiù onerosa. Il comune locale lavanderia è infatti collocato al piano terra ed è oltretutto raggiungibile unicamente dall'esterno. La signora RI 1 può così eseguire autonomamente il bucato, che suddivide su più giorni in settimana, in modo da non sovraccaricarsi. Il marito le viene in aiuto al momento di stendere i capi ingombranti e di peso, che l'assicurata stende in casa durante la stagione fredda e sulla terrazza in estate. Lo stiro, che risulta particolarmente impegnativo, è ridotto all'essenziale. Perlopiù l'assicurata si limita semplicemente a piegare. Da anni ha rinunciato al lavoro all'uncinetto. Tuttora si limita esclusivamente a piccoli e indispensabili ritocchi e rammendi. Per quanto riferito, compatibile con l'ampia documentazione medica presente all'incarto e le risultanze peritali, valuto in misura del 30% la percentuale di impedimento in questo particolare ambito, per il minor rendimento. La collaborazione del marito nello stendere i panni è da ritenersi esigibile . 5.6 Cura dei bambini e di altri membri della famiglia compresa educazione, attività comuni, compiti, ecc. importanza assegnata 0% percentuale degli impedimenti 0 % percentuale di invalidità 0 % 5.7 Diversi cura delle piante, giardinaggio, cura degli animali, attività di utilità pubblica, creazione artistica, impegno a favore di terzi, volontariato importanza assegnata 0% percentuale degli impedimenti 0% percentuale di invalidità % Non vengono riferite occupazioni extra-domestiche. Valutazione dell'assistente sociale totale delle attività 100 % percentuale di invalidità 41% ■ Chi esegue i lavori, che a causa della sua invalidità, l'assicurata non può svolgere personalmente nell'economia domestica? Indicare il nome, l'indirizzo, il grado di parentela, genere dei lavori delegati, ore di lavoro per settimana e salario orario versato. Il marito. 6. GRADO ATTUALE DEGLI IMPEDIMENTI attività ripartizione Impedimento GRADO D'INVALIDITÀ salariata casalinga TOTALE Da quando il danno alla salute ha avuto ripercussioni sulla capacità al lavoro? Vedi certificazione medica e valutazioni peritali presenti all'incarto.” (Doc. 54/4-7) Il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle annotazioni del 25 ottobre 2011, ha indicato che “dal profilo medico-teorico si confermano le seguenti IL come casalinga: IL 30% dal 1.2009 (per sindrome mista ansioso-depressiva lieve-media, F41.2; IL 100% dal 5.2009 (per sindrome depressiva ricorrente, medio-grave, F33.1; IL 30% dal 9.2009; IL 100% dal 1.2011; IL 40% dal 6.2011 e continua” (doc. 57-1). 2.15. Sulla base degli accertamenti esperiti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha quindi stabilito una limitazione complessiva del 41%. Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Alla luce di queste precisazioni il TCA ritiene che la valutazione operata dalla consulente in integrazione professionale e ripresa nel provvedimento contestato sia corretta e che non siano stati adottati motivi sufficienti per rimetterla in discussione. Al riguardo va sottolineato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche

nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. Nella fattispecie, già è stato detto che per quanto riguarda l'aspetto medico, la valutazione del SAM, confermata poi dal SMR, ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (sul valore probatorio di rapporti medici cfr. in particolare DTF 125 V 352 consid. 3a con riferimenti, 123 V 176, 122 V 161; cfr. consid. 2.11.). Va inoltre evidenziato che le conclusioni dell'assistente sociale sono conformi alla valutazione peritale della dr.ssa \_\_\_\_\_ spec. FMH in psichiatria e psicoterapia (doc. 50/34-44), la quale ha nuovamente confermato le risultanze peritali con scritto del 28 agosto 2012 (doc. VIII/1). Come ricordato al considerando 2.13., l'Alta Corte ha stabilito che una presa di posizione da parte di uno specialista sull'esigibilità delle singole mansioni accertate in sede d'inchiesta - strumento destinato soprattutto alla valutazione di impedimenti dovuti ad un danno alla salute fisica - è da considerarsi in ogni caso necessaria quando si è in presenza di disturbi psichici (cfr. STFA I 685/02 del 28 febbraio 2003; STFA I 681/02 dell'11 agosto 2003). Il TCA non ha quindi motivo per scostarsi dalle valutazioni espresse dall'assistente sociale, ove peraltro si ribadisca che per la giurisprudenza un intervento da parte dell'autorità giudiziaria nell'apprezzamento della persona incaricata dell'inchiesta si giustifica unicamente nei casi in cui essa appaia chiaramente erronea (DTF 128 V 93 consid. 4). Del resto, l'interessata non apporta elementi nuovi rispetto a quelli emersi dall'accertamento al domicilio e attestati nel rapporto d'inchiesta. Questo Tribunale ritiene pertanto adeguato il grado d'incapacità nello svolgimento delle mansioni casalinghe stabilito dall'Ufficio AI sulla base dell'accertamento domiciliare, e di conseguenza pure il tasso complessivo d'invalidità fissato al 41%, non essendoci, sulla base delle risultanze dei medici interpellati dall'amministrazione, nessun motivo medico per mettere in discussione la scelta di basarsi su quanto accertato in sede di inchiesta domiciliare. 2.16. Nel caso di specie, l'amministrazione, nella decisione impugnata, ha stabilito l'inizio del diritto al quarto di rendita a partire dal 1° marzo 2011, in applicazione della media retrospettiva (cfr. doc. F). L'Ufficio AI è giunto a tale conclusione prendendo in considerazione, per il periodo compreso fra il 1° gennaio 2009 e il 31 dicembre 2010, una percentuale di limitazione nello svolgimento dell'attività casalinga del 25% scaturita dalla precedente inchiesta domiciliare dell'11 maggio 2011 (cfr. doc. 57-1). Il TCA rileva, tuttavia, che tale valutazione - eseguita in occasione della precedente procedura amministrativa, sfociata poi nel decreto di stralcio 32.2010.278 del 22 novembre 2010, con successivo nuovo esame della questione da parte dell'Ufficio AI (cfr. consid. 1.1.) - è stata superata dalle conclusioni alle quali è pervenuto, nelle annotazioni del 25 ottobre 2011, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, il quale ha espressamente indicato che "dal profilo medico-teorico si riconfermano le seguenti IL come casalinga: IL 30% dal 1.2009 (per sindrome mista ansioso-depressiva lieve-media, F41.2), IL 100% dal 5.2009 (per sindrome depressiva ricorrente, medio-grave, F33.1), IL 30% dal 9.2009; IL 100% dal 1.2011; IL 40% dal 6.2011 e continua" (doc. 57-1). Alla luce di queste chiare indicazioni fornite dal medico del SMR, il TCA non può ritenere corretto il calcolo eseguito dall'Ufficio AI. Ritenuto che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, il tasso medio d'inabilità lavorativa durante un anno e l'incapacità lucrativa presente alla scadenza del periodo di carenza, devono essere cumulati e raggiungere il grado minimo legale necessario per far nascere il diritto alla rendita (DTF 121 V 274 consid. 6b/cc; STFA I 632/05 del 25 ottobre 2006, consid. 4.1 e I 531/05 e I 543/05 del 17 agosto 2006), in applicazione della media retrospettiva (cfr. STF 9C\_971/2009 del 14 giugno 2011), occorre concludere che la

ricorrente raggiunge il tasso minimo legale del 40% a partire dal mese di febbraio 2011 ([10 mesi x 30%] + [2 mesi x 100%] : 12 mesi = grado d'incapacità di guadagno medio del 41.67%). Del resto, ciò emerge anche dal nuovo calcolo della media retrospettiva eseguito dall'amministrazione su esplicita richiesta del TCA (cfr. doc. XVIII/1). In seguito, ella ha diritto ad una rendita intera di invalidità dal 1° maggio 2011 (art. 88a OAI), poi nuovamente ridotta ad un quarto di rendita a partire dal 1° agosto 2011 (3 mesi dopo il miglioramento, art. 88a OAI), come correttamente indicato dall'amministrazione nello scritto del 26 novembre 2012 (doc. XVIII). La decisione impugnata va dunque modificata nel senso che l'assicurata ha diritto ad un quarto di rendita dal 1° febbraio 2011 al 30 aprile 2011, poi ad una rendita intera dal 1° maggio 2011 al 31 luglio 2011 e, infine, nuovamente ad un quarto di rendita dal 1° agosto 2011 in poi e non ad un quarto di rendita dal 1° marzo 2011 come stabilito dall'amministrazione. 2.17. 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, in casu si giustifica una ripartizione delle spese di complessivi fr. 500.-- in misura di fr. 250.-- a carico dell'Ufficio AI e di fr. 250.-- a carico della ricorrente.

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