

## **TI\_GERICHTE 32.2014.64 vom 18. März 2015**

TI Tribunale d'appello, 2015-03-18, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.64)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.64 du 18 mars 2015

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.64 del 18 marzo 2015

### **Regeste**

Rifiuto prestazioni. A torto l'amministrazione, ritenuta l'assicurata quale salariata al 66% e casalinga al 34% (in realtà salariata al 100%), ha applicato il metodo misto. Accertamenti medici lacunosi. Rinvio atti

### **Erwägungen**

#### **E. 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 I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del 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 I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). 2.4. 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 parifica l'impedimento di svolgere le proprie mansioni consuete all'incapacità al guadagno (metodo specifico di calcolo dell'invalidità, SVR 1996 IV Nr. 76 pag. 221

consid. 1; RCC 1986 pag. 246 consid. 2b; DTF 104 V 136). In questo senso l'art. 28a cpv. 2 LAI prevede che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è valutata, in deroga all'articolo 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete. A sua volta, l'art. 27 cpv. 1 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 e che per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità. 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 paragona quindi l'attività svolta dall'assicurato prima della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 pag. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Lausanne 1995, pag. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, pag. 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 pag. 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. 2.5. Nel caso in cui invece l'interessato svolga (o comunque svolgerebbe in assenza dei fattori invalidanti) solo parzialmente un'attività lucrativa risulta applicabile l'art. 28a cpv. 3 LAI secondo cui: " se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale o collabora gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGa. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga, è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in *Plädoyer* 5/06 pag. 54 segg. e STFA I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita nelle DTF 137 V 334, 133 V 504 e 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate

condizioni. 2.6. 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, famigliari, 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 (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C\_150/2012 del 30 agosto 2012 consid 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 5, pagg. 47-50 e 53 e Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, pag. 190 segg. ). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurata, che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni ( STF 9C\_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Da ultimo va 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. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, 1999, pag. 190-191).

2.7. Per stabilire il grado d'invalidità, nella fattispecie in esame l'Ufficio AI, applicando il metodo misto e sulla base dei dati forniti dalla ricorrente, ha valutato al 66% la parte dedicata all'attività salariale e al 34% la quota dedicata alle mansioni domestiche (cfr. doc. AI 147/1 e 158/1-2). Tale suddivisione non può essere confermata da questo Tribunale per le seguenti ragioni. Interpellata in merito alla questione a sapere se senza il danno alla salute avrebbe esercitato un'attività lucrativa – in un momento non sospetto, meglio, in occasione dell'inchiesta domiciliare del 28 maggio 2013 (doc. AI 123/1-7) – l'insorgente è stata molto precisa indicando che "(...) per quel che concerne invece l'impegno in assenza del danno, l'assicurata ammette di aver sempre lavorato a tempo pieno, almeno sino a quando ha accettato l'incarico presso la ditta \_\_\_\_\_. Già presso \_\_\_\_\_ e anche successivamente, persino quando ha dovuto ricorrere per un breve periodo alla disoccupazione, il suo impegno lavorativo era a tempo pieno. Poi però ha iniziato a sentirsi particolarmente stanca: di qui il desiderio di ridurre, un desiderio espresso appunto al signor \_\_\_\_\_ e accettato da parte di quest'ultimo. Solo in seguito, nel 2007 appunto, è stata diagnosticata la malattia e si è così potuto dare un senso ai sintomi già presenti anni prima. Ne aveva parlato con il suo curante, che tuttavia non aveva indagato il problema. Considerate le ristrettezze finanziarie, la signora sostiene che in assenza del danno sarebbe stata sua intenzione lavorare a tempo pieno, e come questo fosse di fatto quanto avrebbe

voluto fare già al momento dell'assunzione presso la ditta \_\_\_\_\_ . (...)” (doc. AI 123/2). In effetti, dagli atti risulta che, dopo aver conseguito il diploma di impiegata qualificata di commercio nel giugno 1987 (doc. AI 93/3), dal 1. settembre 1987 al 31 luglio 2002 l'insorgente ha sempre lavorato a tempo pieno (cfr. gli attestati dei diversi datori di lavoro e il curriculum vitae sub doc. AI 93/5, 93/6, 93/7, 93/8 e 105/1-6). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna ematologia e onco-ematologia, nel certificato medico del 28 maggio 2013 ha attestato: “(...) Certifico di seguire la paziente sin dal settembre 2006. Fin dal 2001, quando era seguita dal mio predecessore ora deceduto, Prof. \_\_\_\_\_ di cui sono in possesso degli atti, la paziente presentava i sintomi generali compatibili con la successiva diagnosi di sclerosi multipla avvenuta nel dicembre 2007, per un attacco spinale, associando a un generale affaticamento anche uno stato ansioso depressivo reattivo. (...)” (doc. AI 124/1, la sottolineatura è del redattore). Dall'ulteriore documentazione medica trasmessa dallo stesso sanitario su richiesta dell'Ufficio AI (cfr. doc. AI 133/1-10) si evince che il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna/ematologia – dopo aver certificato il 2 marzo 2000 un'inabilità lavorativa totale prevedendo il bisogno di una cura riabilitativa e ritenuto il trauma distorsivo con rottura della LCA al ginocchio sx nel 2002 – il 27 gennaio 2005 ha attestato: “(...) Con la presente certifico la necessità di una consulenza dietetica per la paziente sopraccitata. Il motivo di tale richiesta è quello di una malformazione del piede sinistro, operato circa 7 volte. La paziente continua a zoppiare. La situazione è peggiorata in seguito ad una lesione dei legamenti crociati del ginocchio sinistro nel 2002. Concernente la consultazione dietetica è importante riconoscere gli esiti di gastrite erosiva nel 1999 e di un'ernia iatale persistente. La paziente assume Pantozol 20 mg, secondo la sintomatologia. Concernente i dolori nelle articolazioni, il ritiro del Celebrex presenta un problema non ancora risolto. (...)” (doc. AI 133/5). Dalle succitate risultanze mediche appare più che verosimile che – come precisamente sostenuto in un momento, lo si ribadisce, non sospetto – la ricorrente, senza il danno alla salute, avrebbe lavorato a tempo pieno anche presso la \_\_\_\_\_. Infatti, è del tutto verosimile che i succitati problemi di salute unitamente alla stanchezza riconducibile alla sclerosi multipla remittente recidivante secondo i criteri di \_\_\_\_\_, abbiano spinto l'insorgente a chiedere alla \_\_\_\_\_ di poter lavorare a tempo parziale. In particolare non è possibile concludere diversamente per il solo fatto che, circa la riduzione del tempo lavorativo dal giugno 2003, il dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 7 marzo 2014, ha concluso: “(...) essendo la diagnosi posta solo nel dicembre 2007 non appare giustificata una riduzione già nel 2003. (...)” (doc. AI 154/1). Questo vale a maggiore ragione ritenuto anche che, nella precedente annotazione del 19 dicembre 2013, sulla precisa domanda: “(...) l'assicurata dal 10.06.2003 lavorava in misura del 66% (28 ore settimanali). In quel periodo era invece esigibile un'attività al 100%? Oppure erano già presenti delle limitazioni? (...)” (doc. AI 134/1), il dr. \_\_\_\_\_ non si era espresso chiaramente sulla capacità lavorativa rilevando (in termini possibilistici) che “(...) a dossier non mi sembrano presenti delle limitazioni per quel periodo (...)” (doc. AI 146/1). Va qui evidenziato che la \_\_\_\_\_, nel questionario per il datore di lavoro del 16 ottobre 2012 (doc. AI 108/1-7), alla domanda a sapere in quale campo la dipendente non ha saputo soddisfare le esigenze ha indicato: “(...) lavori senza responsabilità ok lavori con responsabilità no (...)” doc. AI 108/6). Ma vi è di più, essendo l'insorgente nubile e senza figli a cui accudire, vi è da ritenere che nemmeno vi sono delle circostanze particolari che l'avrebbero ostacolata nella sua intenzione di lavorare a tempo pieno come del resto fatto dal 1. settembre 1987 al 31 luglio 2002. Inoltre, la dr.ssa \_\_\_\_\_, capoclinica dell'ambulatorio di neurologia e neurofisiologia clinica del neurocentro dell'Ospedale

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nel rapporto del 30 agosto 2012 indirizzato al dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 104/11-12) ha, in particolare, evidenziato che “(...) prolunghiamo l’inabilità lavorativa al 50% per i prossimi tre mesi e consigliamo alla paziente di procedere con la richiesta della rendita AI nella misura del 50%, suggerendole inoltre di rinunciare a cercare un posto di lavoro al 100% che sarebbe troppo gravoso per la problematica della fatigue. (...)” (doc. AI 104/12, la sottolineatura è del redattore). Ora, al di fuori di una volontà della ricorrente di lavorare a tempo pieno, non é dato di comprendere la precisa indicazione in merito espressa dalla specialista all’indirizzo del medico curante. Quanto alle circostanze addotte nella decisione impugnata secondo le quali “(...) non vi sono elementi concreti che comprovino che in assenza del danno alla salute ella avrebbe aumentato l’attività (ricerche di lavoro, iscrizioni alla cassa disoccupazione per la parte restante del 34%, iscrizione a uffici regionali di collocamento o ad agenzie di collocamento). [...] Si ritiene pertanto che negli ultimi anni e fino all’emanazione della decisione, la Signora \_\_\_\_\_ non abbia mai avuto necessità finanziaria di lavorare a tempo pieno e non ha mai cercato un’attività in tale misura (per lo meno dall’anno 2003 in poi). (...)” (doc. AI 159/2-3) – osservato anche che l’incarto della cassa disoccupazione per gli anni 2002 e 2003 non ha potuto essere fornito (cfr. doc. AI 136/1) – va ribadito: - che l’insorgente dal 1. settembre 1987 al 31 luglio 2002 ha lavorato a tempo pieno; - che da allora non vi è stato un mutamento della situazione personale tale da giustificare una diminuzione del grado di occupazione; - che al contrario i motivi di salute per la domanda di una riduzione del tempo di lavoro formulata alla \_\_\_\_\_ sono più che verosimili e - che dall’inchiesta domiciliare del 28 maggio 2013 (quindi prima della fine del lavoro presso la \_\_\_\_\_ il 30 giugno 2013 per cessazione dell’attività; cfr. doc. 1/1-2 dell’incarto disoccupazione) risulta che l’insorgente “(...) sa di essere una persona “combattiva” ma in questo periodo, a causa anche delle difficoltà finanziarie, vive momenti di sconforto. [...] Considerate le ristrettezze finanziarie, la signora sostiene che in assenza del danno sarebbe stata sua intenzione lavorare a tempo pieno, e come questo fosse di fatto quanto avrebbe voluto fare già al momento dell’assunzione presso la ditta \_\_\_\_\_. (...)” (doc. AI 123/2). Non è dunque nemmeno possibile concludere che la ricorrente, fino all’emanazione della decisione impugnata, non abbia mai avuto necessità finanziarie tali da richiederle un’occupazione a tempo pieno. Al riguardo questo Tribunale può fare proprie le argomentazioni addotte dall’insorgente con il ricorso stanti le quali “(...) fortuna vuole che l’assicurata sia una persona capace di gestire al meglio l’esigua entrata costituita dal salario netto, ossia CHF 2'900.-- (doc. 108). Con questo stipendio paga l’affitto di CHF 1'200.-- (vedi doc. 123-3), il premio di Cassa malati, le spese dell’auto, e con il restante deve provvedere al proprio sostentamento, al proprio abbigliamento, alla salute, agli oneri domestici, ecc. È vero che l’assicurata è stata in grado di mantenersi, ma è altrettanto vero che di fronte ad un’entrata esigua nascono facilmente delle necessità finanziarie che richiedono un’entrata maggiore. Da gennaio 2014, in considerazione di un risparmio, l’assicurata ha cambiato appartamento andando a vivere con il padre e un terzo inquilino al fine di poter condividere l’onere dell’affitto e delle spese (vedi documentazione allegata al certificato di assistenza giudiziaria che seguirà). (...)” (I, pag. 5). In simili circostanze, tutto ben considerato e conformemente alla succitata giurisprudenza federale (cfr. consid. 2.7; in argomento vedi anche le STF 9C\_287/2013 dell’8 novembre 2013, 9C\_311/2013 del 12 novembre 2013 e 8C\_430/2013 del 20 dicembre 2013), questo Tribunale deve concludere che l’assicurata va considerata salariata al 100%. Pertanto, a differenza di quanto fatto dall’amministrazione, per il calcolo del grado d’invalidità va applicato l’usuale metodo del confronto dei redditi e

non quello misto. Ritenuta l'inapplicabilità del metodo misto può qui restare aperta la questione a sapere se, nella fattispecie, andava o meno applicata la giurisprudenza di cui alla DTF 134 V 9 (cfr. consid. 1.3, 1.5, 1.6 e 1.7). 2.8. Quanto alla valutazione medica questo Tribunale rileva quanto segue. Sulla base degli atti l'Ufficio AI, per la parte salariata, ha concluso per un'incapacità lavorativa, sia nell'attività abituale di impiegata d'ufficio che in un'altra attività adeguata, del 30% dal 22 febbraio 2012 e del 50% dal 24 maggio 2012 (cfr. il rapporto finale SMR del 29 luglio 2013 sub doc. AI 128/1-3 confermato nelle annotazioni del 19 dicembre 2013 e del 7 marzo 2014 sub doc. AI 146/1 e 154/1, tutti del dr. \_\_\_\_\_). La dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 26 settembre 2013 (doc. AI 104/1-6) – posta la seguente diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: “(...) sclerosi multipla remittente recidivante secondo i criteri di \_\_\_\_\_: – attacco spinale (12.2007) – dall'1.2008 in terapia con Betaferon 250 ug sc / die alterni – RMN encefalo (2.2012): ca 9 lesioni, Gd-, atrofia stabile – RMN cervicale e dorsale (05.08.2011): regressione lesione Th11, nuove lesioni, Gd- – EDSS: 2.0 (...)” (doc. AI 104/2) – ha attestato un'incapacità lavorativa nell'ultima attività esercitata del “(...) - 30% dal 22.02.2012 al 23.05.2012 - 50% dal 23.05.2012 (...)” (doc. AI 104/3 punto 1.6). La specialista, quali impedimenti fisici, mentali e psichici ha indicato la “(...) fatica sul piano fisico e mentale di entità moderata-severa (...)” precisando che le relative ripercussioni “(...) impediscono alla paziente di svolgere un orario lavorativo pieno; impongono di frammentare l'attività lavorativa con ripetute pause. Pertanto la capacità lavorativa può considerarsi ridotta sia in termine di percentuale lavorativa che di rendimento durante l'orario lavorativo. (...)” (doc. AI 104/3 punto 1.7). L'avv. \_\_\_\_\_, della RA 1, con lettera 30 gennaio 2014 alla dr.ssa \_\_\_\_\_ – premesso che “(...) ho inteso la sua risposta al punto 1.7 in questo modo: oltre alla riduzione del tempo di lavorativo (le 4 ore al mattino, dal Lunedì al Venerdì), la signora presenta durante le ore effettivamente lavorate anche una riduzione di rendimento, in altre parole la signora durante le 4 ore non è in grado di “rendere” al massimo (al 100%) ma solo al 50%. (...)” (doc. A/7) – ha chiesto conferma della sua interpretazione. La dr.ssa \_\_\_\_\_, il 31 gennaio 2014, ha così risposto all'avv. \_\_\_\_\_: “(...) La Signora RI 1, seguita presso il nostro ambulatorio per una Sclerosi Multipla remittente-recidivante, in base alle nostre valutazioni cliniche, presenta una capacità lavorativa residua del 50%, con un rendimento durante le ore lavorative stimabile a circa il 50%. Pertanto risulta corretto quanto da Lei inteso in merito alla dichiarazione riportata al punto 1.7 del rapporto del 26.09.2012. (...)” (doc. AI 151/23). Da una parte la dr.ssa \_\_\_\_\_ non ha indicato chiaramente se l'incapacità lavorativa (attestata nel succitato rapporto del 26 settembre 2013) sia da riferirsi ad un'attività a tempo pieno oppure alla percentuale lavorativa svolta presso la \_\_\_\_\_. Al riguardo questo Tribunale rileva comunque che l'Ufficio AI, verosimilmente ritenute le 28 ore settimanali contro le 42.5 ore previste dall'orario normale di lavoro (cfr. il questionario per il datore di lavoro sub doc. AI 108/1-7 il punto 2.9;  $100 : 42.5 \times 28 = 65.88$ ), ha concluso per una percentuale del 66%; che dal “1° colloquio IT – Accertamento” del 18 ottobre 2012 risulta invece: “(...) dal 2003 lavora presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nella funzione di impiegata al 70% con un salario lordo di Fr. 3'400 al mese (...)” (doc. AI 109/3) e che se si confrontano le ore di lavoro giornaliere (5.5 ore contro le 7 previste dall'orario normale di lavoro; cfr. il punto 2.9 del succitato questionario per il datore di lavoro sub doc. AI 108/3), al posto di quelle settimanali, la percentuale lavorativa risulta essere del 78.57% ( $100 : 7 \times 5.5 = 78.57$ ). Dall'altra parte la dr.ssa \_\_\_\_\_, già nel succitato rapporto del 26 settembre 2013, ha precisato che “(...) la capacità lavorativa può considerarsi ridotta sia in

termine di percentuale lavorativa che di rendimento durante l'orario lavorativo. (...)” (doc. AI 104/3 punto 1.7, la sottolineatura è del redattore), ribadendo, nel summenzionato scritto del 31 gennaio 2014, che la signora RI 1 “(...) presenta una capacità lavorativa residua del 50%, con un rendimento durante le ore lavorative stimabile a circa il 50%. (...)” (doc. AI 151/23). Questo Tribunale, sulla sola base degli atti di causa, non può confermare, per la parte salariata, l'incapacità lavorativa del 50%, dal maggio 2012, in qualsiasi attività, così come concluso dall'Ufficio AI. In particolare – considerato anche che i medici SMR si sono pronunciati unicamente sulla base degli atti medici e che l'Ufficio AI non ha predisposto alcuna valutazione medica esterna – anche se il dr. \_\_\_\_\_, nell'annotazione del 7 marzo 2014, ha attestato che: “(...) la valutazione neurologica agli atti si riferisce come tutti i certificati medici su attività usualmente effettuata sull'intera giornata lavorativa e quindi una IL 50% si intende come riduzione del rendimento lavorativo su tutta la giornata usuale di 8 ore. (...)” (doc. AI 154/1), questo non basta per poter concludere diversamente. Va qui ricordato che nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito che l'amministrazione e il giudice delle assicurazioni sociali fondino la loro decisione esclusivamente su basi di giudizio interne dell'istituto assicuratore, il quale è parte solo dopo l'instaurazione della controversia giudiziale, mentre nella fase che precede la decisione è un organo amministrativo incaricato di attuare il diritto oggettivo (DTF 136 V 376 consid. 4 pag. 377 segg.). Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste esigenze severe (DTF 122 V 157). Per la più recente giurisprudenza del TF, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, occorrerà sottoporre l'assicurata a perizia medica esterna (DTF 135 V 465 consid. 4.4 pag 469 seg.). Il funzionario \_\_\_\_\_, nella nota del 1. aprile 2014 (doc. AI 158/1-2), a conferma della capacità lavorativa del 50%, ha addotto: “(...) d'altronde anche il datore di lavoro nel questionario stilato il 16 ottobre 2012 ha indicato che l'assicurata lavorava al 50% (punto 2.14), inteso come 20 ore settimanali (punto 2.9) e che lo stipendio versato corrispondeva al rendimento dell'assicurata (punto 2.10). (...)” (doc. AI 158/2). Al riguardo questo Tribunale si limita a rilevare che lo stesso datore di lavoro, nella “denuncia di malattia” del 29 maggio 2012, ha dichiarato una interruzione dell'attività dal 24 maggio 2012 del 50% riferita all'orario settimanale di 28 ore (cfr. doc. 2/1 dell'incarto cassa malati). Inoltre, interpellato dall'avv. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. A/5), la \_\_\_\_\_ il 14 maggio 2014 ha confermato che “(...) la dipendente a margine ha lavorato 20 ore la settimana dal mese di maggio 2012 sino al termine del rapporto di lavoro 30.06.2013. La signora RI 1, malgrado la grande disponibilità nel lavoro, negli ultimi tempi dimostrava lentezza nello svolgere le sue mansioni con errori nello svolgere lavori semplici e a volte necessitava di sostegno accompagnato da pause supplementari. (...)” (doc. A/6). Il Lic. psi \_\_\_\_\_ e il dr. \_\_\_\_\_, del Servizio di psichiatria e di psicologia medica SPPM di \_\_\_\_\_, nel rapporto del 5 luglio 2013 (doc. AI 126/1-6) – posta la seguente diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: “(...) F 33.11 Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di gravità media con sintomi biologici da Aprile 2009 – F 41.1 Sindrome ansiosa generalizzata da Aprile 2009 – G 35 Sclerosi Multipla da Aprile 2009 (...)” (doc. AI 126/1) – hanno attestato un'incapacità lavorativa, quale impiegata di commercio - aiuto contabile, del 50% dall'aprile 2009 in avanti precisando che “(...) l'incapacità lavorativa della paziente sul piano psichico appare integrata alla sintomatologia neurologica di cui soffre la paziente. (...)” (doc. AI 126/3 punto 1.11). Al riguardo, il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale SMR del 29 luglio 2013 (doc. AI 128/1-3), ha osservato che “(...) la patologia psichiatrica appare essere

già stata in terapia dal 20.4.2009 al 16.3.2011 presso SPPM (da altro collega) per cui si reputa giustificato inizio della malattia di lunga durata questa data pur non essendoci certificazione di inabilità lavorativa per quel periodo (vedi datore di lavoro) (...)” (doc. AI 128/3). Con specifico riferimento alla valutazione globale delle patologie, va qui ricordato che secondo l’Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (STF 9C\_913/2012 del 9 aprile 2013, 9C\_330/2012 del 7 settembre 2012; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l’Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell’in-capacità lavorativa va di regola eseguito nell’ambito di una perizia pluridisciplinare. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV Nr. 15, il TF ha ulteriormente osservato che una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo. Nella sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 il TCA ha nuovamente avuto modo di sottolineare l’importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, scaturente da una ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. In concreto, dagli atti non risulta che la conclusione a cui sono giunti i medici del SPPM, e meglio, che “(...) l’inabilità lavorativa della paziente sul piano psichico appare integrata alla sintomatologia neurologica di cui soffre la paziente (...)” (doc. AI 126/3), sia stata resa dopo ponderata discussione con la specialista in neurologia. In questo senso, significativa è la valutazione del dr. \_\_\_\_\_ che – visto il rapporto 20 marzo 2014 nel quale la dr.ssa \_\_\_\_\_, circa la capacità lavorativa, ha attestato: “(...) inabile all’80% (rispetto al 100%) (...)” (doc. A/9) –, nell’annotazione del 5 giugno 2014, ha, tra l’altro, concluso: “(...) Probabile peggioramento dello stato di salute a partire dal 20.3.2014 con indicazione a riprendere l’istruttoria con ev. perizia bi-disciplinare (reuma psi) per verificare le risorse residue. (...)” (V/bis). 2.9. Quanto alla valutazione economica va ribadito che, per il calcolo del grado d’invalidità, l’amministrazione dovrà applicare l’usuale metodo del confronto dei redditi (cfr. consid. 2.7). Inoltre, ritenuto che dal rapporto medico 5 luglio 2013 del SPPM (doc. AI 126/1-6) le limitazioni funzionali sembrerebbero incluse nella valutazione della capacità lavorativa mentre che, il dr. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale SMR del 29 luglio 2013 (doc. AI 128/1-3), ha ritenuto: il carico massimo di 10 kg, la necessità di poter alternare la postura al bisogno e di pause supplementari, la difficoltà nello svolgere dei lavori di precisione e la riduzione della capacità di concentrazione, comprensione e adeguamento psico-fisico quali ulteriori limitazioni funzionali non comprese nell’incapacità lavorativa (cfr. doc. 128/2), l’amministrazione dovrà chiarire anche questa circostanza. 2.10. Nella STF 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all’assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l’incarto all’Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall’amministrazione che necessitavano di

un complemento (“ Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen ”; cfr STCA 32.2011.107 del 27 ottobre 2011) , o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall’amministrazione (“ Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist ”; cfr. STCA 32.2011.115 del 27 ottobre 2011) . Ora, rilevato come ci troviamo di fronte ad un accertamento dei fatti lacunoso – ribadito che sulla sola base degli atti di causa non è possibile concludere con la sufficiente tranquillità né per un’inabilità lavorativa del 50% in qualsiasi attività né circa l’evoluzione della stessa – , si giustifica il rinvio degli atti all’amministrazione affinché metta in atto un approfondimento medico pluridisciplinare volto a stabilire compiutamente l’evoluzione nel tempo della capacità lavorativa dell’insorgente tanto nella sua attività abituale quanto in un’attività adeguata. Di conseguenza, visto tutto quanto precede, la decisione del 1. aprile 2014 deve essere annullata e gli atti rinviati all’Ufficio AI affinché proceda conformemente ai considerandi (2.7, 2.9 e 2.10) e si pronunci nuovamente sulla domanda di prestazioni del settembre 2012. 2.11. Secondo l’art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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’Ufficio AI. All’assicurata, rappresentata dall’avv. \_\_\_\_\_ della RA 1, vanno inoltre riconosciute le ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPG) che appare giustificato quantificare, spese comprese, in complessivi fr. 2’000.-- (IVA inclusa). La domanda di assistenza giudiziaria diventa pertanto priva di oggetto (DTF 124 V 309, consid. 6 e, tra le tante, STF 9C\_274/2014 del 30 settembre 2014 consid. 5; 9C\_335/2011 del 14 marzo 2012 consid. 5; 9C\_206/2011 del 16 agosto 2011 consid. 5).

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